

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACCUEIL DE LOISIRS DE MARLES-EN-BRIE

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Sexe : **Féminin** **Masculin**
(Entourer la mention correspondante)

Vaccination :

Joindre, **obligatoirement**, la copie du carnet de vaccination.

Si le meneur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Allergies : (Entourer la mention correspondante)

Alimentaires : **Oui** **Non**

Médicamenteuses : **Oui** **Non**

Autres (animaux, plantes, pollen, ...) : **Oui** **Non**

Précisez :

.....

Si oui, il faudra joindre au dossier, un **certificat médical**, précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Recommandations des parents (port de lunettes/lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne ...) :

.....
.....
.....
.....

Le mineur, présente-t-il un problème de santé : (Entourer la mention correspondante) **Oui** **Non**

Si oui, veuillez préciser ci-après, de quoi s'agit-il pour aider l'équipe :

.....
.....
.....
.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....
.....

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom - Prénom : Tél. : Lien :

Nom - Prénom : Tél. : Lien :

Activités :

De fait, nous autorisons notre enfant à participer aux activités organisées par la Fédération Familles Rurales, à voyager par moyen de transport collectif et à se baigner.

Votre enfant sait nager : (*Entourer la mention correspondante*) **Oui** **Non**

Si oui, veuillez nous transmettre une attestation pour le justifier (Brevet de natation, attestation de réussite ...)

Autorisation parentale :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise Familles Rurales à présenter mon enfant à un médecin, en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du docteur :

Adresse :

Téléphone :

Ou l'hospitalisation à (*précisez le nom de l'hôpital*)

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom - Prénom : Tél. : Lien :

Nom - Prénom : Tél. : Lien :

Signature des parents ou du tuteur légal :

Le :

Lu et approuvé