

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

GARÇON FILLE Inscrit(e) à l'activité :

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul ? oui non

Si non préciser le nom de la ou des personnes susceptibles de récupérer l'enfant :

M. Tél. :

M. Tél. :

RESPONSABLES / PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Responsable

Nom.....

Prénom

Qualité (père, mère, tuteur)

Adresse.....

.....

Téléphone

Domicile :

Portable :

Responsable

Nom.....

Prénom

Qualité (père, mère, tuteur)

Adresse.....

.....

Téléphone

Domicile :

Portable :

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Autorisez-vous l'utilisation de l'image de votre enfant ? : oui non

Si oui, modes d'exploitation envisagées :

Supports (rayer les mentions refusées)

Presse (illustrations articles du CSC) : Ouest France / Presse Océan

Supports de communication du CSC Loire et Seil : plaquette / flyers / newsletter / écran accueil / blog.

Réseaux sociaux : facebook / instagram / youtube

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies

Alimentaires

oui non à préciser :

Médicamenteuses

oui non à préciser :

Autres

oui non à préciser :

Recommandations des parents

(Port de lunettes, de lentilles, comportement de l'enfant, hypersensibilité, audition...).....

.....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le/la responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date :

Signature :