

**Tranche d'âges** :□ 4-11 ans

**□** 12-14 ans

**□** 15-17 ans

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024

Nom de l'enfant :				
Prénom :				
Date de naissance :	Fille □ Garçon □			
Classe :				
Etablissement scolaire :				
Responsables légaux				
Père	Mère			
reie	<u>iviere</u>			
Nom :	Nom :			
Prénom :	Prénom :			
Adresse :	Adresse (si différente) :			
Téléphone :	Téléphone :			
REPAS SPECIAUX				
Allergie(s) alimentaire(s) oui ( ) non ( )				
Si oui, lesquelles				
Régime alimentaire : □ sans régime □ sans porc □ s	ans viande			
VACCINATIONS*				
*(dernière date des vaccins + photocopies)				
D.T.P : Tétanos :				
Allergie(s) médicamenteuse(s) oui ( ) non ( )				
Si oui, lesquelles				
Problèmes médicaux spécifiques :				



## SI UN PAI EST MIS EN PLACE POUR UN PROBLEME MEDICAL OU POUR UNE ALLERGIE ALIMENTAIRE, MERCI DE PRENDRE RDV AVEC LE RESPONSABLE DE L'ACCUEIL DE LOISIRS.

AUTORISATIONS			
☐ Autorise ☐ N'autorise pas	à rentrer seul.e à la fin de l'activité (A condition d'être au moins en cycle 3) à rentrer seul.e à la fin de l'activité		
- Adulte	sonne(s) suivante(s) à veni	ir chercher l'enfant :	<u>Lien de parenté</u> :
		Age :	
* si frère ou sœur <b>à partir de 12 ans (collège)</b>			
☐ Autorise ☐ N'autorise pas L'Association Arc en Ciel à utiliser la photo et l'image de mon enfant dans le cadre de sa communication (presse, communication écrite, Facebook, blog, Site Internet, plaquettes).			
ATESTATION			
Je soussigné.e			
Saint-Fons le/	/	Signature du responsable de l'enfant :	



## **Centres Sociaux et Culturels de Saint-Fons**

**Clochettes** 14 r de Falaise 04 78 70 42 95 **Arsenal/Carnot** 35 r PV Couturier 04 37 25 02 51

**Espace d'Animation** 20 r de Falaise 09 62 61 77 58 **Espace Jeu & Numérique**5 av a Gravallon
04 70 70 73 67

Multi Accueil 6 Pl des Palabres 04 78 67 75 58