



**AUTORISATION PARENTALE DES ACCUEILS DE LOISIRS DU CENTRE DE LA
BLAISERIE DU 8 JUILLET 2024 AU 4 JUILLET 2025**

- CLJ 11-14 ANS
- ACCUEIL JEUNES 15-17 ANS
- ACCOMPAGNEMENT À LA SCOLARITÉ (CLAS) COLLÈGE

Je soussigné(e) :responsable légal(e) de l'enfant

Autorise M., Mme. Tel :

..... Tel :

..... Tel :

..... Tel :

à venir chercher mon enfant.

J'autorise :

- Le responsable de l'accueil de loisirs à utiliser et à diffuser l'image de mon enfant pour des expositions de photos, vidéos, articles de presse, site internet de la Blaiserie dans le cadre strict de communication à l'initiative de la Blaiserie.
- J'atteste avoir pris connaissance du règlement des accueils de loisirs et en accepte les conditions.
- Mon enfant à participer aux activités de l'accueil jeunes pendant :
 - les mercredis après-midi
 - les mercredis, accueil informel 18h30/20h30
 - les jeudis (foot en salle)
 - les vendredis (sorties et/ou soirée)
 - les week-ends (sorties diverses en journée ou soirée)
 - les vacances scolaires

- J'atteste le non changement concernant la santé de mon enfant renseigné sur la fiche sanitaire de l'année précédente.

Fait à Poitiers, le

Signature obligatoire



1 – VACCINATIONS (à noter ou photocopier le carnet de vaccination).

L'ENFANT	
FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice ainsi que la posologie inscrit sur la boîte)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non Précisez :

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

Votre enfant fait-il de l'asthme oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : régime alimentaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location.

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :



AUTORISATION PARENTALE DES ACCUEILS DE LOISIRS DU CENTRE DE LA BLAISERIE DU 8 JUILLET 2024 AU 4 JUILLET 2025

- MULTISPORT / SPORT DE PROXIMITÉ**
- ACCUEIL 3-6 ANS LES LOUPIOTS**
- ACCUEIL 6-11 ANS LE BAOBAB**
- ACCUEIL 3-11 ANS BULLE D'AIR**
- ACCOMPAGNEMENT À LA SCOLARITÉ (CLAS) ÉLÉMENTAIRE**

Je soussigné(e) :responsable légal(e) de l'enfant

Autorise M., Mme. Tel :
..... Tel :
..... Tel :
..... Tel :

à venir chercher mon enfant.

J'autorise :

- Mon enfant à participer aux activités, sorties ou manifestations organisées par l'accueil de loisirs (mercredis, vendredis, week-end et vacances scolaires).
- Le responsable de l'accueil de loisirs à utiliser et à diffuser l'image de mon enfant pour des expositions de photos, vidéos, articles de presse, site internet de la Blaiserie dans le cadre strict de communication à l'initiative de la Blaiserie.
- J'atteste avoir pris connaissance du règlement des accueils de loisirs et en accepte les conditions.**

Fait à Poitiers, le

Signature obligatoire