



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019

## Accueil Périscolaire, Accueil de Loisirs

### L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Garçon  Fille  Date de naissance : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Inscrit sous numéro Sécurité sociale :  Père  Mère

Caisse de : \_\_\_\_\_

N° SS parent : \_\_\_\_\_

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

	PÈRE	MÈRE
NOM - PRÉNOM		
ADRESSE		
MAIL	@	@
N° Tél domicile		
N° Tél travail		
N° tél portable		

### AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom			
Lien de parenté ou autre			
N° tél domicile			
N° tél travail			
N° tél Portable			

### PERSONNES AUTORISÉES À ACCOMPAGNER OU À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et Prénom			
Lien de parenté ou autre			
N° tél domicile			
N° tél travail			
N° tél Portable			

*Dans tous les cas de figure, les représentants légaux doivent informer l'équipe d'animation. Aucun enfant ne sera confié à une tierce personne sans que le responsable légal ne l'ait autorisé. Toute arrivée et/ou départ seul de l'enfant doit faire l'objet d'un écrit à joindre au dossier.*

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

**1- VACCINATIONS**

Joindre une copie du carnet des vaccinations

Les vaccins obligatoires sont : DT/Polio et Pentacoq

Les vaccins recommandés sont : Hépatite B, Rubéole/Oreillons/Rougeoles et Méningite C

**2- SUIVI DES MALADIES**

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**3- ALLERGIES**Asthme :  oui  nonAlimentaire :  oui  nonMédicamenteuse :  oui  nonMaquillage :  oui  non

Autres (à préciser) :

*Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (fournir ordonnance et/ou protocole si nécessaire) :***4- DIFFICULTÉS DE SANTÉ IMPORTANTE***Préciser si maladie, accident, crise, convulsions, etc...***5- RECOMMANDATIONS UTILES***Préciser si port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...***AUTORISATIONS PARENTALES**

- Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Autorise la diffusion des photos de mon enfant (plaquette, presse, site internet, exposition)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Autorise mon enfant à pratiquer des sports de pleine nature	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
- Autorise mon enfant à se baigner et à pratiquer des activités nautiques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Mon enfant sait-il nager ?

 oui  non

Je souhaite apporter des précisions supplémentaires :

**Assurance en responsabilité civile pour les activités extrascolaires**

Nom de la compagnie	
Adresse	
N° de contrat	

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ représentant légal de l'enfant \_\_\_\_\_

**Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et je m'engage à en signaler toutes modifications et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant sur conseil médical et m'engage à rembourser les frais correspondants.**

Date :

signature :