



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019

Accueil Péri-scolaire, Accueil de Loisirs

L'ENFANT	
Nom : _____ Prénom : _____	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Date de naissance : _____
École : _____ Classe : _____	<u>MÉDECIN TRAITANT</u> Nom : _____ Adresse : _____ _____ Tél : _____
Inscrit sous numéro Sécurité sociale : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	
Caisse de : _____	
N° SS parent : _____	

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- ALLERGIESAsthme : 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 :