

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueil périscolaire, Accueil de Loisirs, Cantine

L'ENFANT					
Nom :	Prénom : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille				
Ecole :	Classe : Date de naissance :				
Inscrit sous numéro Sécurité Sociale : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0ffff;"> <th style="text-align: center;">MEDECIN TRAITANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nom :</td> </tr> <tr> <td>Adresse :</td> </tr> <tr> <td>Tél. :</td> </tr> </tbody> </table>	MEDECIN TRAITANT	Nom :	Adresse :	Tél. :
MEDECIN TRAITANT					
Nom :					
Adresse :					
Tél. :					
Caisse de :					
N° SS parent :					

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT		
	PERE	MERE
Nom et prénom :
Adresse :
Mail :
N° tél. domicile :
N° tél. travail :
N° tél. portable :

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE			
Nom et prénom :	.....	.....	.....
Lien de parenté ou autre :	.....	.....	.....
n° tél. domicile :	.....	.....	.....
N° tél. travail :	.....	.....	.....
N° tél. portable :	.....	.....	.....

PERSONNES AUTORISEES A ACCOMPAGNER OU A 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 lorsqu'une personne autorisée vient chercher l'enfant. 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 MEDICAUX SUR L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

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, Rougeole et Méningite C.

2). SUIVI DES MALADIES

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine
 Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

3). ALLERGIES

Asthme Alimentaire
 Médicamenteuse Maquillage

autre : à préciser :

Préciser la cause et la conduite à tenir (fournir ordonnance et/ou protocole si nécessaire) :

4). DIFFICULTES DE SANTE IMPORTANTES

Préciser si maladie, accident, crise, convulsions, etc. :

5). RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèse dentaire, etc. :

AUTORISATIONS PARENTALES

- Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées : oui non
- Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées : oui non
- Autorise la diffusion des photos de mon enfant : oui non
- Autorise mon enfant à pratiquer des sports de pleine nature : oui non
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison : oui non le midi le soir

AUSSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE POUR LES ACTIVITES EXTRASCOLAIRES

Joindre une copie de l'attestation d'assurance.

Nom de la compagnie :

Adresse :

N° de contrat :

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant

certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à en signaler toutes modifications, 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 :