

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**1 - L'ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Garçon  Fille

Etablissement scolaire:..... Classe suivie .....

**2 - VACCINATION**

VACCINS	OUI	NON	Dates	VACCINS	OUI	NON	Dates
Antituberculeuse B.C.G.				Tests Antituberculiniques			
Antipoliomyélique Antidiphtérique Antitétanique Anticoclucheuse Antihaemphilus Antihépatite B				Antirougeoleuse Antirubéolique Antiourlienne Autres vaccinations			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Suit-il un traitement médical quotidien ? Oui  Non

Doit-il prendre des médicaments pendant la journée ? 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)

**A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

<b>RUBEOLE</b> OUI   NON	<b>VARICELLE</b> OUI   NON	<b>ANGINE</b> OUI   NON	<b>RUMATHISME ARTICULAIRE AIGU</b> OUI   NON	<b>SCARLATINE</b> OUI   NON
<b>COQUELUCHE</b> OUI   NON	<b>OTITE</b> OUI   NON	<b>ROUGEOLE</b> OUI   NON	<b>OREILLONS</b> OUI   NON	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSE oui  non   
ALIMENTAIRE oui  non  AUTRES .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir .....

**REGIMES ALIMENTAIRES :** oui  non  Si oui, préciser lequel : .....

Indiquer ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc (précisez).

#### 5 - RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE DE LA FAMILLE

Père - mère - tuteur

Nom et prénom : .....

Profession : .....

Profession du conjoint : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : portable 1 : ..... Portable 2 : .....

travail.....

Mail : .....

Adresse de la caisse de Sécurité Sociale : .....

N° d'assuré

Autorisez-vous une autre personne à venir chercher votre enfant : oui  non

Nom, prénom, adresse et téléphone de cette personne :

**Prévenir le centre en cas d'imprévu**

#### 6 - DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

(Cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le (s) responsable (s)).

Je soussigné(e), ..... responsable du participant déclare :

- 1 Exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- 2 Autoriser le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, sur avis médical, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale).
- 3 **M'engager à inscrire et régler ma participation financière mensuelle chaque mois.**
- 4 Autoriser mon fils - ma fille - mon (ma) pupille :  
A participer à toutes les activités du centre de loisirs.  
A rentrer seul à la maison : le midi à partir de 12H00 oui  non   
le soir à partir de 17H30 oui  non
- 5 Autoriser le responsable de l'accueil à utiliser les photographies de mon enfant afin d'illustrer divers documents relatant la vie de l'accueil de loisirs (magazine, dépliant, affichette, affiche, presse locale, etc...) cochez la case en cas de refus.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

Précéder de la mention « Lu et approuvé »