

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 ?

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RUMATHISME ARTICULAIRE AIGU OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS 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 »