

# 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 :**