

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS

Merci de fournir un certificat médical stipulant que les vaccinations sont à jour.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? 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)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non PROBLEMES DE SANTE oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (obligatoire)

REGIME ALIMENTAIRE :

- Sans viande
- Sans régime particulier

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES/LUNETTES : oui non

DES PROTHÈSES AUDITIVES/APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
 AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à être pris en photo/ vidéo durant les activités (avec possibilité de diffusion sur les réseaux sociaux, journal de la ville...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant (de + 11 ans) à repartir seul	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Liste des documents : copies à fournir

- Livret de Famille
- Justificatif de domicile
- Avis d'imposition N-2
- Carnet de Vaccination
- Numéro CAF
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire
- Sortie de territoire
- Carte d'identité du responsable ayant rempli la sortie de territoire
- Carte Européenne de sécurité sociale

Le cas échéant :

- Justificatif de placement
- Décision de justice relative à l'autorité parentale

