

## Fiche sanitaire de liaison

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ G  F

**VACCINATIONS** : se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Vous pouvez également faire des photocopies du carnet de santé (pages vaccination) et les joindre à ce document.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
diphthérie				BCG	
tétanos				Hépatite B	
polyomyélite				ROR	
ou DT Polio				Coqueluche	
ou Tétracoq				Autres	

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cochez la case lorsque c'est le cas)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	scarlatine	coqueluche	Otite	Rougeole	oreillon

**ALLERGIE** :            MEDICAMENTEUSE Oui  Non             CRISE D' ASTHME    Oui  Non   
                                  ALIMENTAIRE        Oui  Non             AUTRES : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (fournir le P.A.I.) :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et la conduite à tenir :

Recommandations utiles des parents (lentilles, lunettes, prothèses, troubles fréquents...) :

A remplir par le médecin traitant :

Je soussigné(e) Dr. \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

certifie que l'enfant concerné ne présente aucune contre-indication médicale à son inscription à l'Accueil Collectif de Mineurs.

Signature et cachet :

## Responsables de l'enfant

Nom et prénom du responsable légal : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Mère : Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ profession : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

Père : Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ profession : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  mariés  divorcés  vie maritale  autre

Commune de résidence du 2nd responsable légal en cas de séparation : \_\_\_\_\_

Cette information doit permettre de compléter efficacement notre logiciel et de ne pas faire de maladroites lorsque nous cherchons à contacter la personne responsable de l'enfant.

Régime (CAF / MSA ...) et n° d'allocataire : \_\_\_\_\_

Lieu de scolarisation (commune / école) : \_\_\_\_\_

L'enfant peut il rentrer tout seul ? \_\_\_\_\_ j'autorise à venir chercher mon enfant :

M. ou Mme \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

M. ou Mme \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

M. ou Mme \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en priorité en cas de nécessité : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation (si différente de l'adresse principale) : \_\_\_\_\_

## Autorisations

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature (lu et approuvé) :

J'autorise mon enfant :

- à participer aux activités organisées par la structure (transport y compris).
- à être photographier/filmer par le personnel intercommunal (équipe d'animation, responsable communication...) lors des activités.
- Je donne l'autorisation de diffuser les photographies ou images filmées de mon enfant pour les usages suivants :
  - .publication éventuelle dans les outils de communication (magazine, site web...) de la collectivité ou dans la presse.
  - .expositions photographiques lors d'évènements liés aux activités du centre.