

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE PORTABLE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

#### Responsable 1 :

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

Code postal : ..... Commune : .....

Lien de parenté :

Mail : .....

N° de Téléphone : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

#### Responsable 2 :

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

Code postal : ..... Commune : .....

Lien de parenté :

Mail : .....

N° de Téléphone : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>RHUMATISME</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si on joint 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.

ALLERGIES : ASTHME                                    oui                                     non   
                          MÉDICAMENTEUSES                                    oui                                     non   
                          ALIMENTAIRES                                    oui                                     non   
                          AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

---



---

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

---



---

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

---

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---



---

VOTRE ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP?                    oui                                     non

**SI OUI MERCI DE FOURNIR UN JUSTIFICATIF**

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise  / je n'autorise pas  le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de la structure à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

AUTORISATIONS

	Autorise	N'autorise pas
<b>Voyager en transport collectif</b>		
<b>Voyager en voiture individuelle de la CDC</b>		
<b>Sortir de la structure quand l'activité le nécessite</b>		
<b>Baignade</b>		
<b>Droit à l'image (photos)</b>		
<b>Sorties</b>		
<b>Rentrer seul du local</b>		

Merci de joindre à votre numéro allocataire un justificatif de régime (copie passeport Caf, attestation MSA, copie carte vitale...)

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

N° allocataire CMAF : \_\_\_\_\_

N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature des parents :