

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Strictement confidentielle, nécessitant d'être soigneusement complétée, car indispensable à l'accueil de loisirs.

1-ENFANT

NOM : **DATE DE NAISSANCE :**

PRENOM : **SEXE :** GARCON FILLE

ASSURANCE : Numéro de contrat :

2-VACCINATIONS

Votre enfant est-il à jour dans ses vaccinations ? oui non

MERCI DE FOURNIR OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE.

JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION SI votre enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires.

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si votre enfant est concerné par un point ci-dessous, merci d'en faire part au directeur de l'accueil, pour échanger sur la prise en charge de votre 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 présente-t-il (elle) une allergie alimentaire ?** oui non

Si oui, à quoi est-il (elle) allergique ?

.....

➤ Cette allergie nécessite-t-elle une trousse d'urgence ? oui non

Si non, joindre **un certificat médical** lors du dépôt du dossier afin de valider l'inscription

➤ Si votre enfant est en **situation de handicap**, cela nécessite-t-il des mesures particulières ?.....

.....

➤ **L'enfant a-t-il un PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) ? OUI NON

Si oui, il doit être signé par un représentant de la collectivité.

INDIQUEZ CI-APRES **LES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

PRECISEZ :

.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

TEL. FIXE : TEL. PORTABLE :

TEL.PROFESSIONNEL :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

.....

.....

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

Date : /...../.....

En cochant cette case, je valide l'ensemble des documents qui fait foi à ma signature
Je ne souhaite pas cocher, aussi j'appose ma signature ci-contre