

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022

<b><u>ENFANT</u></b>	Nom : ..... Prénom(s) : ..... Date de naissance : ..... Classe : ..... Sexe : .....
----------------------	---

- **VACCINATIONS OBLIGATOIRES** : antidiptérique, antitétanique et antipoliomyélique

Remplir à partir du carnet de santé de l'enfant, et joindre les photocopies :

Nom du vaccin	Dates des derniers rappels

*Si l'enfant n'a pas fait les vaccins obligatoires, joindre obligatoirement un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité.*

- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

**Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :** .....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ?    Oui     Non

*Si oui lequel ?*.....

Si oui joindre l'ordonnance et les médicaments. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t'il eut des maladies infantiles ? (Varicelle, rubéole, oreillons, rougeole. Si oui, préciser)

.....

.....

**Merci d'indiquer ci-dessous les difficultés de santé** (allergies, asthme, maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, port de lunettes...) **en précisant les dates et les précautions à prendre.**

.....

**ALLERGIES:**

ALIMENTAIRES : oui non

Si oui, préciser :

.....

.....

MEDICAMENTS : oui non

Si oui, préciser :

.....

**REGIME ALIMENTAIRE :**

Si oui préciser: .....

.....

• **RESPONSABLE DE L'ENFANT** (Préciser : père, mère, tuteur...)

Lien de parenté : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél domicile : .....  
Tel portable : .....  
Tel travail : .....

Lien de parenté : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel domicile : .....  
Tel portable : .....  
Tel travail : .....

N° sécu couvrant l'enfant : ..... Nom mutuelle : .....

N° allocataire CAF / MSA : .....

Adresse mail : .....@.....

**AUTRES PERSONNES POUVANT RECUPERER LES ENFANTS :**

- Nom/Prénom (et lien de parenté) : .....  
TEL : ...../.....
- Nom/Prénom (et lien de parenté) : .....  
TEL : ...../.....
- Nom/Prénom (et lien de parenté) : .....  
TEL : ...../.....

**AUTORISATIONS :**

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et : (rayer la mention inutile)

- Autorise l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (intervention chirurgicales, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance
- Autorise le personnel à prendre en photo ou à filmer mon enfant dans la mesure où les films et photos ne sont utilisés qu'à des fins éducatives.
- Autorise le personnel à sortir mon enfant de l'établissement pour les sorties en groupe
- Autorise le personnel à sortir mon enfant ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement ou transport collectif (bus et car) dans le cadre des sorties en groupe
- Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs

Date :

Signature :