

## Fiche sanitaire de liaison

Ce document est à remplir **obligatoirement** par le(s) responsable(s)  
légal(aux) de l'enfant



**Enfant**

Garçon

Fille

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Né(e) le : ...../...../..... à .....

### Mère

Responsable légal de l'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

### Père

Responsable légal de l'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

**En cas d'urgence, prévenir** (si le responsable légal de l'enfant n'est pas joignable) :

NOM et prénom : .....

Lien de parenté : ..... N° de téléphone : .....

### Vos prestations sociales et familiales

C.A.F.

M.S.A.

N° d'allocataire : .....

Bénéficiez-vous de la carte loisirs C.A.F. (*pour inscription à l'ALSH*) ? (si oui, joindre une copie) .....

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

À ce dossier, vous joindrez **obligatoirement** :

- o un certificat médical attestant des vaccinations obligatoires (à défaut une copie du carnet de vaccinations)
- o l'attestation d'assurance individuelle accident de l'enfant



**L'enfant ne sera accueilli sur nos structures qu'avec un dossier complet.**

GROUPE SANGUIN si connu : .....

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

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice, à remettre dans un sac et en mains propres au responsable de l'accueil).

**! Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance !**

**L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**

rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

**Allergies :**

- asthme                      oui  non
- alimentaires              oui  non
- médicamenteuses        oui  non
- autres : .....

► **Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir**

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

**Indiquez ci-après :**

- **Les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.
- Indiquez également si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...
- Ainsi que toute autre recommandation qui vous semble utile concernant la santé de votre enfant.

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

### AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à quitter seul la structure à la fin de l'activité (sauf maternelles).

J'autorise les responsables à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale.

J'autorise les responsables à photographier ou filmer mon enfant pour publication ou exposition.

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

**À Mirecourt, le ..... SIGNATURE**