

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