

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ENFANT

NOM / PRÉNOM ..... SEXE M  F

DATE DE NAISSANCE ...../...../..... ECOLE ..... CLASSE.....

L'ENFANT SAIT-IL NAGER ?  OUI  NON

L'enfant présente-t-il des contre-indications à la pratique de certaines activités ?  OUI  NON

SI OUI LESQUELLES ? .....

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 avec la notice marquées au nom de l'enfant) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

RÉGIME ALIMENTAIRE : SANS RÉGIME  SANS PORC  VÉGÉTARIEN

### RESPONSABLE (S) DE L'ENFANT

#### MÈRE

NOM / PRÉNOM .....

ADRESSE.....

CODE POSTAL .....

VILLE.....

TÉL PERSONNEL.....

TÉL PROFESSIONNEL.....

TÉL PORTABLE.....

ADRESSE MAIL.....

N° DE SECURITÉ SOCIALE

RELÈVE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

OUI  NON

N°ALLOCAIRE CAF .....

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

SITUATION FAMILIALE : Marié(e)  Séparé(e)  Union libre  Divorcé(e)  Pacsé(e)

#### PÈRE

NOM / PRÉNOM .....

ADRESSE.....

CODE POSTAL .....

VILLE.....

TÉL PERSONNEL.....

TÉL PROFESSIONNEL.....

TÉL PORTABLE.....

ADRESSE MAIL.....

N° DE SECURITÉ SOCIALE

RELÈVE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

OUI  NON

N°ALLOCAIRE CAF .....

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

### AUTRES PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM ..... LIEN ..... TEL.....

NOM ..... LIEN ..... TEL.....

NOM ..... LIEN ..... TEL.....

**VACCINATIONS** (à remplir obligatoirement ou joindre la copie des pages "vaccinations" du carnet de santé ou les certificats de vaccinations de l'enfant)

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

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

<b>RUBEOLE</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 ARTICULAIRE AIGU</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 PRÉSENTE-T-IL DES ALLERGIES ?**

<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ALIMENTAIRE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>MEDICAMENTEUSE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>AUTRES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
--	---	--	--	--

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

.....

.....

.....

**L'ENFANT PRÉSENTE-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ** (Maladie, accidents, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation.)

Préciser les dates et les précautions à prendre

.....

.....

.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**Votre enfant porte-t-il des :**  LENTILLES  LUNETTES  PROTHÈSES AUDITIVES  PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE

**Je soussigné (e) :** .....

responsable de l'enfant .....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur,
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelles,
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- Autorise mon enfant à être transporter en véhicule de service et car de location  OUI  NON
- Autorise mon enfant à rentrer seul  OUI  NON
- Autorise la prise de photo et accepte que les photos de mon enfant soient éventuellement diffusées dans les tracts de communication du créa et sur notre blog <http://leblogdesenfants.wordpress.com>  OUI  NON

Date :

Signature :