

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Saison 2016/2017

ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

GARCON

FILLE

École/Commune :

Classe (rentrée sept 2016) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINATIONS :

OBLIGATION de fournir la photocopie de la liste des vaccinations effectuées du carnet de santé de l'enfant.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication – Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
ALIMENTAIRE OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON
AUTRES : OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre ;

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? (sans sel, sans porc, végétarien...)

Votre enfant est-il porteur d'un handicap : OUI NON

Si oui, quel type de handicap : Moteur Intellectuel Physique Polyhandicap

Recommandations particulières :

Nom et tél. du médecin traitant de l'enfant :

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

Fait à :le

Signature :

INFOS FAMILLE

NOM et PRENOM (responsable du dossier allocataire) :

CAF **N° Allocataire** :

MSA (*fournir le bon vacances ou l'attestation*)

INFOS SUR LA MAMAN

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Adresse e-mail :

Profession :

Employeur :

Lieu de travail :

Tél. travail :

INFOS SUR LE PAPA

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Adresse e-mail :

Profession :

Employeur :

Lieu de travail :

Tél. travail :

En cas de garde alternée, veuillez indiquer le nom du responsable de la garde pendant la durée de l'inscription

Nom et adresse du Centre de Sécurité Sociale (CPAM ou MSA ou autres) :

N° de sécurité sociale :

Autre(s) personnes(s) à prévenir en cas de problèmes :

Autres personnes susceptibles de venir chercher l'enfant :

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone

AUTORISATIONS PARENTALES OU TUTORALES

Je soussigné(e).....représentant légal de l'enfant sus-nommé,

- autorise n'autorise pas - le(a) directeur (trice) ou les animateurs à transporter mon enfant
- autorise n'autorise pas - d'autres parents à transporter mon enfant pour des activités
- autorise n'autorise pas - le CSC à photographier ou à filmer mes enfants pour la promotion de l'association.
- autorise n'autorise pas - mon enfant à rentrer seul à la maison à partir deheures

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.

Fait à : le

Signature :