

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Saison 2018/2019

## ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

GARCON

FILLE

École/Commune : .....

Classe (rentrée sept 2018) : .....

### 1. 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.***

### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

- 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.

- Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI  NON

Si oui, joindre une copie récente et les médicaments correspondants.

- L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir : .....

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

Information concernant le régime alimentaire de l'enfant :

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

REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT	
Classique	<input type="checkbox"/>
Sans porc	<input type="checkbox"/>
Végétarien/Végétalien	<input type="checkbox"/>

- Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI  NON

.....  
.....

- L'enfant a-t-il déjà 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"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OREILLONS 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"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

	OUI	NON
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers importants à savoir pour son accueil, et auquel cas, lesquels ?

.....  
.....

Est-ce qu'une rencontre avec le responsable est nécessaire ?

OUI  NON  (si oui, le responsable vous recontactera)

**NOM et PRENOM (responsable du dossier allocataire) :**.....  
**CAF N° Allocataire :** .....  
**NOM et adresse du Centre de Sécurité Sociale (CPAM ou autres) :**.....  
 .....  
**N° de sécurité sociale :**.....  
**MSA (fournir le bon vacances et l'attestation de quotient) :**.....  
**NOM et téléphone du médecin traitant :** .....

#### **4. INFOS FAMILLE**

##### **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, (joindre la décision du jugement si besoin) :.....

- **Autres personnes susceptibles de venir chercher l'enfant ou à prévenir en cas de problèmes :**

NOM Prénom	Qualité	Téléphone	urgence	autres
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **5. AUTORISATIONS PARENTALES OU TUTORALES**

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

- autorise :

	OUI	NON
Le directeur ou animateur à transporter mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres parents à transporter mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le CSC à photographier ou filmer mon enfant uniquement pour la promotion de l'association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant à rentrer seul (Si oui, à partir de ....h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

- 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 :

