



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Saison 2020/2021

ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

GARÇON FILLE

École/Commune :

Classe (rentrée sept 2020) :

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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Information concernant le régime alimentaire de l'enfant :

- 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 ?

<u>RUBÉOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>VARICELLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ANGINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>COQUELUCHE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<u>OREILLONS</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OTITE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ROUGEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>SCARLATINE</u> 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"/>
Énurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres <input type="text"/>	<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 PRÉNOM (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 ou 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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 <input type="text"/> 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 :