



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

I. ENFANT : NOM : _____ Prénom : _____
 Garçon Fille Date de naissance : ____/____/____

II. VACCINATIONS :

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie des pages de vaccinations

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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.

MALADIES :

RUBEOLE	NON	OUI	ROUGEOLE	NON	OUI
COQUELUCHE	NON	OUI	OREILLONS	NON	OUI
VARICELLE	NON	OUI	ROSEOLE	NON	OUI
ANGINE	NON	OUI	SCARLATINE	NON	OUI
OTITES	NON	OUI	ASTHME	NON	OUI

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES	NON	OUI	Si oui merci de compléter un PAI
MEDICAMENTEUSE	NON	OUI	
AUTRES	NON	OUI	

Si oui préciser :

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

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES,.....

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOM : _____
 ADRESSE : _____

Téléphone domicile : _____
 Téléphone travail père : _____ Téléphone travail mère : _____
 Portable père : _____ Portable mère : _____

N° Sécurité Sociale : _____ Centre payeur : _____

N° allocataire CAF : _____ Nom de la personne allocataire : _____

Quotient Familial : _____

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : _____

Nom, Prénom et numéro de téléphone du ou des personnes autorisées à venir chercher mon ou mes enfants :

- _____
 - _____

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

Fait à Vouillé, le _____ Signature : _____

AUTORISATION PARENTALE (à compléter obligatoirement)

Je soussigné(e), Mr / Mme _____, responsable légal de l'enfant _____,

A) Autorise les animateurs de l'Accueil de Loisirs, à aller chercher mon enfant, les mercredis à la sortie de l'école de _____ dans la classe de _____ pour l'accompagner aux accueils de loisirs.

OUI NON

B) Dans le cadre du projet pédagogique, les animateurs sont amenés à organiser des sorties ludiques et éducatives, j'autorise ces derniers à transporter mon enfant sur les lieux des sorties.

OUI NON

C) Autorise le Centre Socioculturel à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités du centre afin d'en illustrer ses publications propres (plaquettes d'informations, expositions, site web...)

OUI NON

Fait à Vouillé, le _____ Signature : _____