

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2024 / 2025**

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

TÉLÉPHONE :

N° Sécurité Sociale :

N° CAF :

E-mail :

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse Père (Rue, CP, Ville) :

Adresse Mère (Rue, CP, Ville) :

N° Téléphone / père :

N° Téléphone / mère :

Mon enfant viendra SEUL ou ACCOMPAGNÉ (Nom) :

2 - VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant > **Photocopie**
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.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / séjour ?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.
ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :	Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres :
	Alimentaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Médicamenteuses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (voir protocole)

P.A.I > projet d'accueil individualisé en cours Oui Non

Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles

Indiquez ci-après :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - AUTORISATION

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportifs Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées Oui Non

Autorisation de transport en véhicules de service et car de location Oui Non

Je soussigné(e),

responsable légal(e) de l'enfant :,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin ou d'un service d'urgence **seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

Fait à

Le

Signature(s) :