

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM / PRÉNOM SEXE M F

DATE DE NAISSANCE/...../..... ECOLE CLASSE.....

Votre enfant est-il en établissement spécialisé ? OUI NON

L'enfant présente-t-il des contre-indications à la pratique de certaines activités ? OUI NON

Si oui, lesquelles?

L'enfant suit-il un traitement médical OUI NON

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

REGIME ALIMENTAIRE: SANS RÉGIME SANS PORC VÉGÉTARIEN

Nom de l'assurance responsabilité civile : N° du contrat :

RESPONSABLE (S) DE L'ENFANT

MERE

NOM / PRÉNOM

ADRESSE.....

CODE POSTAL

VILLE.....

TÉL PERSONNEL.....

TÉL PROFESSIONNEL.....

TÉL PORTABLE.....

ADRESSE MAIL.....

N° DE SECURITÉ SOCIALE

RELÈVE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

OUI NON

N°ALLOCAIRE CAF

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT

Situation familiale : Marié(e) Séparé(e) Union libre Divorcé(e) Pacsé(e)

PERE

NOM / PRÉNOM

ADRESSE.....

CODE POSTAL

VILLE.....

TÉL PERSONNEL.....

TÉL PROFESSIONNEL.....

TÉL PORTABLE.....

ADRESSE MAIL.....

N° DE SECURITÉ SOCIALE

RELÈVE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

OUI NON

N°ALLOCAIRE CAF

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM LIEN TEL.....

NOM LIEN TEL.....

VACCINATIONS (à remplir obligatoirement ou joindre la copie des pages "vaccinations" du carnet de santé ou les certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MEDICAMENTEUSE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---	--

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE SITUATIONS ALLERGIQUES (si automédication, le signaler)

.....

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE ? (Maladie, accidents, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation.)

OUI NON Si oui, lesquels ?

.....

L'enfant a-t-il un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) à l'école ? OUI NON

Votre enfant porte-t-il des : LENTILLES LUNETTES PROTHÈSES AUDITIVES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE

Je soussigné (e) :

responsable de l'enfant

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou service d'urgence seule habilités à définir l'hôpital de secteur,
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles,
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- Autorise mon enfant à être transporter en véhicule de service et car de location OUI NON
- Autorise mon enfant à rentrer seul OUI NON
- Autorise la prise de photo et accepte que les photos de mon enfant soient éventuellement diffusées dans les tracts de communication du créa et sur notre blog <http://leblogdesenfants.wordpress.com> OUI NON
- Afin d'être en conformité avec le règlement Général sur la Protection des Données, j'autorise le Créa à saisir mes informations personnelles et les informations médicales de mon enfant OUI NON

Date:

Signature: