



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023

### 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

### 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

.....

#### 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

.....

**Nom de l'assurance responsabilité civile :** .....

**N° du contrat :** .....

## Autres personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à chercher l'enfant

Nom.....Lien.....Tél.....  
Nom.....Lien.....Tél.....  
Nom.....Lien.....Tél.....

**VACCINATIONS** joindre obligatoirement une copie des vaccins.

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

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

### L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ALIMENTAIRE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>MEDICAMENTEUSE</b> <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 (qui sont confidentielles)  OUI  NON

Date:

Signature: