

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

#### 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

#### 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°ALLOCATAIRE CAF ……………………………………………… NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT

.…………………………………………………………………………

RELÈVE DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**□** OUI **□** NON

N°ALLOCATAIRE 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 ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBEOLE****□** OUI **□** NON | **VARICELLE****□** OUI **□** NON | **ANGINE****□** OUI **□** NON | **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU****□** OUI **□** NON | **SCARLATINE****□** OUI **□** NON |
| **COQUELUCHE****□** OUI **□** NON | **OTITE****□** OUI **□** NON | **ROUGEOLE****□** OUI **□** NON | **OREILLONS****□** OUI **□** NON |  |

**L’ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASTHME****□** OUI **□** NON | **ALIMENTAIRE****□** OUI **□** NON | **MEDICAMENTEUSE****□** OUI **□** 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://leblogdes](http://leblogdes/) enfants.wordpresse.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: