**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**2024/2025**

**PÔLE PRATIQUES CULTURELLES**

#  ENFANT

 **NOM / PRÉNOM** .......…………………………………………………………………………………………… **SEXE** M □ F □

 **DATE DE NAISSANCE** …………/…………/………… ECOLE ……………………………………………………… CLASSE…………………………………

#  RESPONSABLE (S) DE L’ENFANT

#### PARENT 1

NOM / PRÉNOM .......………………………………………………………… ADRESSE……………………………………………………………………………

CODE POSTAL …………………………………………………………………… VILLE………………………………………………………………………………….

TÉL PERSONNEL…………………………………………………………………

TÉL PROFESSIONNEL……………………………………………………….

TÉL PORTABLE…………………………………………………………………

ADRESSE MAIL…………………………………………………………………

N° DE SECURITÉ SOCIALE

………………………………………………………………………………………….

#### PARENT 2

NOM / PRÉNOM .......………………………………………………………… ADRESSE…………………………………………………………………………….

CODE POSTAL …………………………………………………………………… VILLE……………………………………………………………………………….

TÉL PERSONNEL………………………………………………………………

TÉL PROFESSIONNEL…………………………………………………………

TÉL PORTABLE…………………………………………………………………

ADRESSE MAIL…………………………………………………………………

N° DE SECURITÉ SOCIALE

………………………………………………………………………………………

 NOM DE L’ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : ........................................................................

N° DU CONTRAT.....................................................................................................

 **AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE ET AUTORISEES A CHERCHER L’ENFANT**

 NOM………………………………….………….…………LIEN…………………………………………………….TEL…………………………………………….

 NOM…………………………………………………………LIEN……………………………………………………TEL…………………………………………….

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

**□** OUI □NON Si oui, lesquels ? .......………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **L’ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL** □ OUI □ NON

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

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

.......………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES : □** LENTILLES □LUNETTES **□** PROTHÈSES AUDITIVES **□** PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE

**L’ENFANT A-T-IL UN PAI (PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE) A L’ECOLE ?** □ OUI □ NON

**NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## 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 |

**Je soussigné (e) :** .......…………………………………………………………………………………responsable de l’enfant

* Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
* Autorise l'équipe du Créa 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.
* 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 et sur notre page Facebook □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: