

Fiche sanitaire de liaison 2018/2019

1- Identité de l'enfant:

Nom:.....
Prénom :.....
Date de naissance: __ / __ / ____ à:.....
Sexe : M / __ / F / __

2- Renseignements concernant le responsable légal de l'enfant:

Nom: _____ Prénom: _____

Coordonnées téléphoniques du père

Domicile: __ / __ / __ / __ / __

Mobile: __ / __ / __ / __ / __

Travail: __ / __ / __ / __ / __

Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile: __ / __ / __ / __ / __

Mobile: __ / __ / __ / __ / __

Travail: __ / __ / __ / __ / __

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence(préciser le nom des personnes)

_____ __ / __ / __ / __ / __
_____ __ / __ / __ / __ / __
_____ __ / __ / __ / __ / __

3-Renseignements médicaux concernant l'enfant:

Nom et adresse du médecin traitant: _____

N° de téléphone du médecin traitant: __ / __ / __ / __ / __

Poids: _____(nécessaire en cas d'urgence) Taille: _____

* L'enfant suit-il un traitement médical? oui non

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.(Boîtes de médicaments dans leur emballage d' origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

Nous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

* L'enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaires oui non si oui, lesquelles: _____
Médicamenteuses oui non si oui, lesquelles: _____
Autres : oui non si oui, lesquelles: _____

4-Vaccinations (Fournir les photocopies du carnet de vaccination)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Coqueluche	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou DT polio				Pneumocoque	
ou Tétracoq				Autres(préciser)	

5- Informations et recommandations importantes

a) Merci d'indiquer les éventuels **problèmes** ou **difficultés de santé** qui nécessitent la transmission d'informations médicales(informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels **soins à apporter?** _____

b) Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires?
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier(allergies, autres)

c) Autorise le maquillage dans le cadre des activités oui /_/_/ non /_/_/

Je soussigné(e) _____ responsable légal du mineur _____
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les
réactualiser si nécessaire. J'autorise les responsables de l'accueil de loisirs le cas
échéant à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce
mineur.

Date:

Signature: