

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2019/2020

Réf MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

I) – Enfant

Nom : Prénom.....

Date de Naissance / /

Garçon ☐

Fille ☐

Classe fréquentée :

Ecole fréquentée :

Dammartin sur Tigeaux ☐ Faremoutiers ☐ Guérard ☐ Pommeuse ☐

II) Vaccinations (obligatoire) pour toutes les structures accueillant des mineurs)

Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé, ou une attestation du médecin spécifiant que l'enfant est à jour de ses vaccins.

Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir une attestation du médecin précisant les raisons de la non vaccination de l'enfant.

III) Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Angines <input type="checkbox"/>	Rhumatisme <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>

IV) Informations alimentaires

Allergies Alimentaires : non ☐ oui ☐ lesquelles :

Régimes Alimentaires : (sans porc, végétarien, sans gluten...) oui ☐ non ☐

Si oui lequel :

V) Informations médicales

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) oui ☐ non ☐ (si oui fournir une copie ainsi que le traitement correspondant)

Allergies Médicamenteuses : non ☐ oui ☐ lesquelles :

Autres allergies : non ☐ oui ☐ lesquelles :

Recommandations utiles des parents – Difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, hospitalisations, opérations chirurgicales, convulsion, lunettes, appareils dentaires, lentilles, prothèses auditives, etc.)

.....
.....

VI) Responsable légal de l'enfant

Nom..... Prénom.....

Adresse complète

Téléphones :

Domicile :

Travail **Parent 1** : Portable **Parent 1** :

Travail **Parent 2** : Portable **Parent 2** :

VII) Personnes majeures autorisées

J'autorise les personnes majeures, ci-dessous, à venir chercher mon enfant (une pièce justificative de l'identité sera demandée):

Nom	Prénom	Lien de parenté	n° de téléphone

VIII) Assurance Responsabilité civile

Nom de la compagnie :

Adresse :

N° Contrat :

J'autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (transports d'urgence, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le.....

Signature des responsables légaux de l'enfant :