

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

NOM : Prénom : sexe : F  M

Date de naissance : Age :

ADRESSE :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone du travail :

L'enfant vit avec : .....

**responsables de l'enfant :** .....

Profession de la mère : .....

Profession du père : .....

NOM du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

N° sécurité Sociale : .....

N° allocataire C.A.F. : .....

N° allocataire M.S.A. : .....

Autres personnes à contacter en cas de nécessité .....

Tél. : .....

Nom et adresse de l'assurance responsabilité civile et individuelle :

.....

## AUTORISATION PARENTALE

Pour venir et partir du centre (aux horaires d'ouverture et de fermeture):

J'autorise mon enfant à venir et rentrer seul du centre de loisirs par ses propres moyens

Je demande à ce que mon enfant m'attende au centre

mon enfant viendra et/ou partira du centre accompagné d'une autre personne que moi.

Préciser les noms et coordonnées tél. des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

.....

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

NOM : Prénom : sexe : F  M

Date de naissance : Age :

ADRESSE :

Code postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Téléphone du travail :

L'enfant vit avec : .....

**responsables de l'enfant :** .....

Profession de la mère : .....

Profession du père : .....

NOM du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

N° sécurité Sociale : .....

N° allocataire C.A.F. : .....

N° allocataire M.S.A. : .....

Autres personnes à contacter en cas de nécessité .....

Tél. : .....

Nom et adresse de l'assurance responsabilité civile et individuelle :

.....

## AUTORISATION PARENTALE

Pour venir et partir du centre (aux horaires d'ouverture et de fermeture):

J'autorise mon enfant à venir et rentrer seul du centre de loisirs par ses propres moyens

Je demande à ce que mon enfant m'attende au centre

mon enfant viendra et/ou partira du centre accompagné d'une autre personne que moi.

Préciser les noms et coordonnées tél. des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

.....

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre impérativement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice. ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

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

**ALLERGIES**

ASTHME :  OUI  NON      ALIMENTAIRES :  OUI  NON  
MEDICAMENTEUSES :  OUI  NON      AUTRE .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....  
.....  
.....

**INDIQUER CI-APRES :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions a prendre.

.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires ?  
Précisez :

.....  
.....  
.....

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... signature :

Si oui, joindre impérativement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice. ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

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

**ALLERGIES**

ASTHME :  OUI  NON      ALIMENTAIRES :  OUI  NON  
MEDICAMENTEUSES :  OUI  NON      AUTRE : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....  
.....  
.....

**INDIQUER CI-APRES :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires ?  
Précisez :

.....  
.....  
.....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... signature :