

N° Alloc	
Quotient Familial :	

Fiche Sanitaire de liaison

Année 2024

1 - ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance :/.. /..... Age : _____ Garçon Fille

Adresse : N° _____

Code Postal : _____ VILLE : _____

2 - RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Nom Prénom	Père :	Mère :
Adresse (si différente de l'enfant)		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Tél. professionnel		
Employeur		
Profession		
Courriel		

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

➤ 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

➤ ALLERGIES : Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON

Alimentaire OUI NON Autres : _____

Conduites à tenir : _____

➤ Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? _____

Joindre OBLIGATOIREMENT un certificat médical

➤ Votre enfant est-il à jour de sa vaccination obligatoire DT Polio OUI NON

JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE COPIE DU CARNET DE SANTE

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

	Rubéole	Angine	Scarlatine	Oreillons	Rougeole	Varicelle	Rhumatismes
OUI							
NON							

➤ Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses dentaires, etc (précisez) : _____

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

➤ Coordonnées du médecin traitant : _____ Tel : _____

➤ Adresse : _____

4 – AUTORITE PARENTALE

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la sortie du centre : OUI **NON**

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la sortie du centre :

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

J'autorise l'Association des Familles à prendre et utiliser des photos ou vidéos de mon enfant lors des activités (sorties, ateliers, presse,...).

Je soussigné(e), _____, 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 (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant précité.

Fait _____

Vacances	Le	Signature
Hiver		
Printemps		
Eté		
Automne		

Documents à insérer dans cette pochette :

- Attestation Assurance
- Copie du carnet de vaccination
- (Certificat Médical si besoin)