

Fiche sanitaire
De liaison

Enfant

NOM _____

PRENOM _____

Date de naissance _____

Garçon

Fille

I. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM papa maman.....

PRENOM .papa maman.....

ADRESSE

 Domicile

 Travail papa Maman

 Portable papa Maman

 Mail

AFFILIATION CAF n° allocataire :

MSA tranche : FOURNIR LA PHOTOCOPIE SIGNEE

Avez-vous pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs : Oui Non

En cas de garde alternée, ou si l'enfant est sous la responsabilité d'une personne autre (grands-parents, tante, ...) pendant le séjour, veuillez préciser le nom de la personne responsable :

.....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

II. RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT

❖ TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement : Oui Non

Si oui : joindre l'ordonnance récente et les médicaments (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

❖ ALLERGIE

ASTHME : OUI NON

ALLIMENTAIRES : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON

AUTRES :

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

❖ PHOTOCOPIE

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE OBLIGATOIREMENT

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication, Attention le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE VOTRE CENTRE DE SECURITE SOCIALE OBIGATOIREMENT
JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE.

❖ INFORMAITONS COMPLEMENTAIRES INDIQUEZ CI-APRES :

- LES DIFFICULTES DE SANTE : maladie, accident, opération, hospitalisation, lunettes, diabolo, etc.

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

- LES DIFFICUTES RELATIONNELLES : timidité, handicap, hyperactivité, énervement facile, etc.

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

Trucs et Astuces pour aider votre enfant à être bien en accueil de loisirs :

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

Eléments déclencheur du « mal-être »	Manifestations	Propositions de réponses

- NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

.....

III. AUTORISATION

En cas d'accident, l'accueil s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, l'accueil pourra être amené à conduire l'enfant au service des urgences.

Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.

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

Fait à : Le / /

SIGNATURES DES PARENTS :