

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

Réservé au personnel de la structure.  
DATE D'INSCRIPTION FICHE :

## 1) RENSEIGNEMENT ENFANT :

NOM : .....  
PRENOM : .....  
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

## 2) RENSEIGNEMENT FAMILLE :

SITUATION FAMILIALE : .....

**RESPONSABLE** : NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....

MAIL : .....  
Tel. Domicile : ..... Tel ; professionnel : .....  
Tel. portable : ..... N° de poste : .....  
Numéro de sécurité sociale : ..... Centre de sécu : .....

Régime général       Régime spécial       Régime particulier       MSA

Fonction publique       Etrangers       Autres

Centre CAF : ..... N°CAF : ..... Quotient familial : .....  
Profession : ..... Employeur : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....

**CONJOINT** : NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....

MAIL : .....  
Tel. Domicile : ..... Tel ; professionnel : .....  
Tel. portable : ..... N° de poste : .....  
Numéro de sécurité sociale : ..... Centre de sécu : .....  
Profession : ..... Employeur : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....

## 3) AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE :

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone

*Si l'enfant est autorisé à rentrer seul, le préciser ci-dessous :*

.....  
.....

## 4) CONTRAINTE ALIMENTAIRES :

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

5) SCOLARITE : (pour les enfants qui participent aux activités cantine et périscolaire)

Ecole actuelle : ..... Classe actuelle : .....

6) VACCINATIONS :

Vaccins	Dates des derniers rappels			Vaccins	Dates des derniers rappels		
Diphthérie				Monotest			
Tétanos				Coqueluche			
Poliomyélite				Hépatite B			
Ou DT polio				R.O.R			
Ou Tetracoq				Autres			
B.C.G							

7) MALADIES INFANTILES :

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									

8) RENSEIGNEMENTS SUR LES ALLERGIE :

Asthme       Alimentaire       Médicamenteuse       Autre

L'enfant suit il un traitement médical ?      Oui       Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Si allergie, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. Si automédication le signaler : .....

.....  
 .....

Indiquez les difficultés de santé de l'enfant. Maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

.....  
 .....

Recommandations utiles. L'enfant porte t'il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèse dentaire : ...

.....  
 .....

9) AUTRES OBSERVATIONS :

Indiquez toutes informations que vous considérez importantes pour le suivi de votre enfant à l'arc en ciel : ...

.....  
 .....

Je soussigné.....certifie exact les informations remplies sur ce document.

Fait à :

Le :

Signature :