

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, si l'enfant est autorisé à rentrer seul, le préciser dans le tableau :

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone

4) CONTRAINTE ALIMENTAIRES :

.....
.....

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

Ecole actuelle : Classe actuelle :

6) VACCINATIONS: (remplir le tableau et joindre les photocopies du carnet de santé)

Vaccins	Dates des derniers rappels		Vaccins	Dates des derniers rappels	
Diptérie			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....., responsable 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.

Fait à :

Le :

Signature :