

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 :
(joindre le justificatif)
Profession : Employeur :
DATE DE NAISSANCE :

CONJOINT : NOM : PRENOM :
ADRESSE :
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4) CONTRAINTES 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	<input type="text"/>	Monotest	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Ou DT polio	<input type="text"/>	R.O.R	<input type="text"/>
Ou Tetracoq	<input type="text"/>	Autres	<input type="text"/>
B.C.G	<input type="text"/>		<input type="text"/>

7) MALADIES INFANTILES :

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :