

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- RENSEIGNEMENT ENFANT

NOM : PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU :
 Ecole fréquentée :

2- RENSEIGNEMENT FAMILLE

SITUATION FAMILIALE : Marié(e) Vie maritale Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve)

RESPONSABLE : NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE :

MAIL :

Tel. Domicile : Tel. Portable : Tel. Professionnel :

Numéro de sécurité sociale : Centre de sécu :

Régime général MSA Autres :

CAF de : N° d'allocataire : Quotient familial :

Profession : Employeur :

CONJOINT : NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE :

MAIL :

Tel. Domicile : Tel. Portable : Tel. Professionnel :

Numéro de sécurité sociale : Centre de sécu :

Profession : Employeur :

L'enfant sait-il nager ? OUI NON

3- AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone
■
■
■

Si l'enfant a plus de 6 ans est-il autorisé à rentrer seul ? OUI NON

Personnes à contacter en cas d'urgence si les responsables sont injoignables. Précisez noms et téléphone :

• •

4- VACCINATIONS

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

5- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant de l'enfant :
Adresse :
Tel :

Dans quelle clinique ou hôpital doit-il être prioritairement conduit?

6- MALADIES INFANTILES

- Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine Coqueluche
- Otite Rougeole Oreillons

7- RENSEIGNEMENTS SUR LES ALLERGIES

- Asthme Alimentaire Médicamenteuse
- Autre :

L'enfant suit il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes 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

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

8- CONTRAINTES ALIMENTAIRES

.....
.....

9- AUTRES OBSERVATIONS

Indiquez toutes informations que vous considérez importantes pour le suivi de votre enfant au Centre de loisirs Les Villages du Châtelet :

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

Je soussigné....., responsable de l'enfant.....certifie exact les informations remplies sur ce document.

Fait à :

Le :

Signature :