

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2018/2019

Réf MINISTERE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

A remplir en intégralité, toute fiche incomplète sera retournée à la famille

I) – Enfant

Nom : Prénom.....

Date de Naissance / /

Garçon

Fille

Classe fréquentée :

ALSH fréquenté :

Dammartin sur Tigeaux Faremoutiers Guérard Pommeuse

II) Vaccinations (obligatoire pour toutes les structures accueillant des mineurs)

Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé, ou une attestation du médecin spécifiant que l'enfant est à jour de ses vaccins.

Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir une attestation du médecin précisant les raisons de la non vaccination de l'enfant.

III) Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Angines <input type="checkbox"/>	Rhumatisme <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>

IV) Recommandations des parents – Difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, hospitalisations, opérations chirurgicales, convulsion, lunettes, appareils dentaires, lentilles, prothèses auditives, etc.)

.....
.....

Allergies : ➔ PAI (fournir une copie)

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE :

.....

V) Responsable légal de l'enfant

Nom..... Prénom.....

Adresse complète

.....

Téléphones : Domicile :

Travail **Parent 1** : Portable **Parent 1** :

Travail **Parent 2** : Portable **Parent 2** :

N° de sécurité Sociale :

Si l'enfant est affilié à la CMU, ou s'il bénéficie d'une prise en charge à 100%, fournir les attestations.

VI) Autorisations :

J'autorise les personnes majeures suivantes à venir chercher mon enfant (une pièce justificative de l'identité sera demandée), ou autorisation :

Nom, prénom, lien de parenté et n° de téléphone :

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

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements ci-dessus, et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (transports d'urgence, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le.....

Signature des responsables légaux de l'enfant :