

Fiche sanitaire de liaison

Nom de l'enfant :

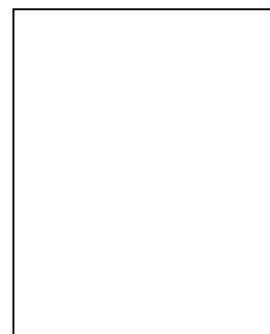
Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

N° de tél. :



La personne responsable de votre enfant est :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Nom et numéro du médecin traitant :

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphones :

Renseignements médicaux

Indiquer les éventuelles difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre :

Est-il astreint à un traitement médical particulier ? (Joindre une ordonnance)

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

rubéole	varicelle	angine	rhumatisme articulaire aigu	scarlatine
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
coqueluche	otite	rougeole	oreillons	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : - asthme non oui

- médicamenteuse non oui (préciser)

- alimentaire non oui (préciser)

- autre non oui (préciser)

Préciser les symptômes de la crise et la conduite à tenir :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

Le responsable légal 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.

Date et Signature

Renseignements Complémentaires

Votre enfant fait-il la sieste l'après midi ? Combien de temps ?.....

Votre enfant est-il autorisé à quitter le centre seul ? (à partir de huit ans) oui non

Liste des personnes qui peuvent venir récupérer votre enfant (indiquer nom, prénom, numéro de téléphone)

Une pièce d'identité peut être demandée pour la sécurité de votre enfant

Membres de la famille (à partir de 14 ans).....

.....

.....

Autres

.....

.....

Numéro d'affiliation CAF :

Certificat médical à faire remplir par le médecin (obligatoire)

Je soussigné(e) (nom du médecin)

certifie que l'enfant (nom de l'enfant)

ne présente aucune contre indication apparente à la pratique
(cocher la ou les activités concernées, rayer les activités contre indiquées) :

d'activités sportives :
expression corporelle, vélo, arts du cirque, danse, escalade...

d'activités aquatiques :
baignade en piscine, baignade en mer

d'activités en contact avec les animaux et la nature:
équitation, sorties pédagogiques

autre :

Nombre de cases cochées :

Signature et cachet

Liste des documents à fournir:

- Fiche sanitaire et fiche d'inscription complètes
- Certificat d'assurance contre les risques extrascolaires
- Photocopie de la page de vaccination du carnet de santé
- photo d'identité