



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A compléter, signer puis rendre **obligatoirement** au secrétariat afin de valider l'inscription de votre enfant.

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ENFANT

Nom et prénom :

Date de naissance :

Sexe :  Masculin  Féminin

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RESPONSABLES

	Responsable 1	Responsable 2
Nom et Prénom :		
Adresse :		
CP et Ville :		
Tél portable :		
Tél professionnel :		
Mail (en majuscules):		

Situation familiale du/des responsable(s) :  Mariés/Pacsés  En couple  Seul(e)

## PERSONNES NON AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

### PERSONNES HABILITEES A REPREDRE L'ENFANT (autre que les parents)

Noms, prénoms et éventuellement lien de parenté

### PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)

Noms, prénoms, téléphone et éventuellement lien de parenté

### MEDECIN TRAITANT

Nom, adresse et téléphone

## VACCINATIONS ET MALADIES

### Vaccins :

DT Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date :
BCG	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date :
Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date :
R.O.R	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date :
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date :
Autre : .....		Date :

### Maladies :

Angine :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Asthme :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otites :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rougeole :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rubéole :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### ALLERGIES

Asthme :  oui  non  
Médicamenteuses :  oui  non  
Alimentaires :  oui  non  
P.A.I :  oui  non

Préciser la cause de l'allergie la conduite à tenir :

### REGIME ALIMENTAIRE

Sans porc :  oui  non  
Sans viande :  oui  non  
Sans porc et sans viande :  oui  non  
Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

### DIFFICULTES DE SANTE

Veillez indiquer les difficultés de santé (maladie, traitement longue durée, accident, convulsions, hospitalisation, opérations, ou autre) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.....  
Précisez :

### INFOMATIONS COMPLEMENTAIRES IMPORTANTES

Votre enfant est-il porteur de handicap :  oui  non Si oui, bénéficiez-vous de l'AEEH :  oui  non

### AUTORISATION D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(s), ..... Responsable(s) légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature(s) :

## AUTORISATIONS PARENTALE

Je soussigné (s) : .....

Responsable(s) de l'enfant : .....

L'autorise :

A prendre les transports en commun :  oui  non

A prendre les transports en autocar privé :  oui  non

A prendre les transports en minibus de CAP :  oui  non

A sortir du centre dans le cadre des activités,  
accompagné d'un animateur, pour les déplacements en groupe :  oui  non

A être photographié et filmé à des fins d'utilisation par les structures,  
le service communication de la ville ou la presse :  oui  non

A rentrer seul (uniquement pour les plus de 6 ans) :  oui  non

**Date et signature(s) :**