



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(A RENOUELER CHAQUE ANNEE)

NOM DE L'ENFANT : _____ PRENOM : _____ Date de naissance : _____ Ecole et classe fréquentée : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon Lieu de l'accueil de loisirs : _____ L'enfant est-il pupille de l'état ou bénéficiaire d'un placement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Photo
---	-------

*Assurance et numéro de police : _____

Nom et prénom du responsable de l'enfant (père, mère, tuteur) : _____

Adresse : _____

Téléphones (domicile / portable) : _____

Nom et adresse de l'employeur et * Téléphone pro	Du père/tuteur :	Et/ou de la mère/tutrice :
---	------------------	----------------------------

Allocataire : MSA CAF *Numéro allocataire CAF : _____

*Numéro de sécurité sociale : _____

VACCINATION : (à compléter précisément ou joindre copie des vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/oreillons/rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				BCG	
				Autres	

Si l'enfant n'a reçu pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ? OUI NON

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Indiquer si l'enfant connaît ou a connu des difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, crises, rééducation, etc.) avec les dates et précautions à prendre :

L'enfant a-t-il une allergie connue : OUI NON
Si oui, préciser laquelle, la cause et la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?

RECOMMANDATIONS / AUTORISATIONS :

L'enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON des lentilles ? OUI NON
L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? OUI NON dentaires ? OUI NON
Autres recommandations :

En cas d'urgence, prévenir :

M. _____ Tél : _____
M. _____ Tél : _____
M. _____ Tél : _____

Médecin traitant :

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre : OUI NON

Les personnes autorisées à venir chercher mon enfant sont :

Nom, qualité : _____
Nom, qualité : _____
Nom, qualité : _____
Nom, qualité : _____

J'autorise l'UFCV à utiliser les photographies qui seraient prises de mon enfant au cours d'activités : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux activités (physiques, sportives et/ou de plein nature, etc.) et aux sorties proposées : OUI NON

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

Date : _____ Signature : _____

*RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES