



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(A RENOUVELER 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**