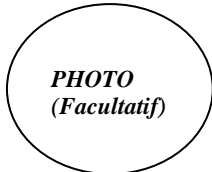


FICHE SANITAIRE DE LIAISON



L'ENFANT / LE JEUNE accueilli :

Nom.....Prénom.....
 Garçon Fille

Date de naissance.....

Adresse du domicile :.....

Si lieu d'accueil spécifique, merci de préciser : famille d'accueil lieu de vie

Commune de scolarisation de l'enfant

Nom de l'école ou de l'institut.....

Classe fréquentée par l'enfant :.....

L'enfant a-t-il une AVS à l'école OUI NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT père mère tuteur/trice (cochez la case correspondante)

Nom (père, mère, tuteur,...) Prénom	☎ Domicile	☎ Travail	☎ Portable

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom, Prénom et <u>lien de parenté ou autres à préciser</u>	☎ Domicile	☎ Travail	☎ Portable

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1- Vaccination Joindre obligatoirement une copie de tous les vaccins.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication ou un courrier des parents.

2- Traitement médicaux

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique, allergie, intolérance alimentaire nécessitant un suivi médical ou autre ?

OUI NON

Si oui, joindre à ce dossier une **ordonnance en cours de validité** (un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) sera mis en place) **sans cela aucun traitement ne sera administré.**

Complément d'information de santé important à nous communiquer (maladie, accident, crises, convulsion, épilepsie, trouble du comportement...) :

.....

.....

.....

Recommandations utiles (lentilles, lunettes, prothèses, autres appareillages...) :

.....

.....

3- Allergies :

MEDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser :
MAQUILLAGE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser :
ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser :
AUTRE	Merci de préciser :	

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

4- Maladies, infections virales (rayez la mention inutile) :

RUBEOLE	VARICELLE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	AUTRES précisez
<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	

5- Informations complémentaires importantes à nous communiquer :

Ces informations nous sont indispensables pour assurer un bon accueil de votre enfant et resteront confidentielles.

S'il s'agit d'une fille : a-t-elle ses règles ? OUI NON

Votre enfant a-t-il un suivi (psychologue/psychiatre/éducateur spécialisé...) ? OUI NON

(merci de préciser).....
.....
.....
.....

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? OUI NON

Si oui, merci de nous transmettre impérativement l'attestation MDPH.

Merci de nous communiquer plus d'informations, afin d'accueillir au mieux votre enfant.

Nous reviendrons vers vous pour la mise en place d'un PAI.

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

L'enfant a-t-il des problèmes d'énurésie (*pipi au lit*) ? OUI NON

AUTORISATION PARENTALE + ATTESTATION DE DECHARGE DE RESPONSABILITE

(Rayez les mentions que vous n'autorisez pas)

Je soussigné (e), Mr/Mme.....responsable de l'enfant.....

- autorise mon enfant à participer aux activités de l'association ;
- autorise mon enfant à être **transporté en voiture particulière, en minibus ou en car** pour certaines activités ;
- autorise les **responsables d'activités à prendre le cas échéant toutes les mesures de santé** : traitements médicaux, hospitalisation ou intervention chirurgicale rendus nécessaires par l'état de santé de mon enfant pendant sa présence aux « Potes des 7 Lieux » ;
- autorise l'association à **utiliser l'image de mon enfant (photos, vidéos...)** dans le but de communication des activités de l'association (Site Internet, affiches, vidéos....). *En cas de refus, merci de nous donner impérativement une photo de l'enfant.*

De plus, je certifie que mon enfant est :

- **Apte à pratiquer des activités physiques et sportives** au cours des animations organisées par l'association « Les Potes des 7 Lieux » ;

- **Apte à pratiquer des activités nautiques**

Votre enfant ou jeune sait-il nager ? Oui Non mais il aime l'eau
 Oui, un peu Non et il a peur de l'eau

Le Brevet de natation (25m) restant obligatoire pour certaines activités.

Fait, à
Le

Signature(s) du/des représentant(s) légal(aux)