

- FICHE SANITAIRE DE LIAISON -
Document rempli et signé à chaque début d'année scolaire



- L'ENFANT / LE JEUNE :

Nom – Prénom.....Classe de l'enfant :

Garçon Fille / Date de naissance.....L'enfant a-t-il un.e AVS* : OUI NON

Nom de l'école ou institut et commune :

Adresse domicile :

SI lieu d'accueil spécifique, merci de préciser : famille d'accueil lieu de vie *Auxiliaire de vie scolaire

- RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT - Nom Prénom -

	Téléphones : Personnel	Travail ou autre
Parent 1 :	☎	☎
Parent 2 :	☎	☎
Tuteur/trice :	☎	☎

- AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom, Prénom / lien avec l'enfant :	Téléphone(s) : Personnel	Travail ou autre
	☎	☎
	☎	☎
	☎	☎

- PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom, Prénom / lien avec l'enfant :	Téléphones : Personnel	Travail ou autre
Nom, Prénom / lien avec l'enfant :	☎	☎
	☎	☎
	☎	☎

- PERSONNES NON AUTORISÉES :

Nom, Prénom / lien avec l'enfant :	Téléphones : Personnel	Travail ou autre
	☎	☎
	☎	☎

ALIMENTATION

1- Régime spécifique :

2- Allergie(s) / Intolérance(s) :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1 -Traitement médicaux

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

2- Votre enfant a-t-il :

DE L'ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Protocole (fournir l'ordonnance) :
ALLERGIE(S) MÉDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser :
ALLERGIE(S) MAQUILLAGE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser :

Précisez la conduite à tenir :

.....

.....

.....

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

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

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

.....
.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES IMPORTANTES

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

Votre enfant a-t-il 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 souffre-t-il d'énurésie (pipi au lit) ? OUI NON

.....

VACCINS

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

RUBÉOLE	VARICELLE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	AUTRES précisez
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI	
<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON	

AUTORISATION PARENTALE + ATTESTATION DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je soussigné.e responsable de

- l'autorise à être **transporté en minibus ou en car** pour certaines activités : OUI NON

- l'autorise à être **transporté en voiture particulière** : OUI NON

- si scolarisé.e en Ce2-CM1 : l'autorise à participer aux activités proposées par la Passerelle (accueil CM1-5e) : OUI NON

- 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") : OUI NON

- autorise l'association à **prendre des photos et enregistrements** : OUI NON

- autorise l'association à **utiliser, diffuser l'image de mon enfant (photos, vidéos, enregistrements...)** sur son site, facebook, ses plaquettes d'informations : OUI NON

Précisions :

- l'autorise à **pratiquer des activités physiques et sportives** : OUI NON

- l'autorise à **pratiquer des activités de baignade** : OUI NON

L'enfant / le jeune **sait-il nager** ?

Oui

Non mais il aime l'eau

Oui, un peu

Non et il a peur de l'eau

Fait Le :

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