

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



Enfance / Jeunesse / Vie locale

**- L'ENFANT / LE JEUNE :**

Nom – Prénom.....Classe de l'enfant : .....

Garçon  Fille / Date de naissance.....Fait-il-elle la sieste :  OUI  NON  SI BESOIN

Nom de l'école ou institut et commune : .....L'enfant a-t-il un.e AVS\* :  OUI  NON

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 :**

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