



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom de l'enfant : _____
Né(e) le : _____ à _____

Vaccinations

Veillez fournir la photocopie des pages du carnet de santé de l'enfant concernant les vaccinations.
Si l'enfant n'est pas à jour des vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : Bien que le vaccin anti-tétanique ne soit plus obligatoire pour la scolarité, il est fortement recommandé.

Assurance Extra Scolaire ou Responsabilité Civile

Nom et adresse de la Compagnie : _____

N° de Police : _____

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

Nom du médecin traitant : _____ ☎ : _____

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Angine(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillon(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres	_____
Allergies Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Alimentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres	_____		

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

PAI en cours (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

Souhaitez-vous que des plats sans porc soient proposés à votre enfant ? OUI NON

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...

Personnes à joindre et autorisées à prendre l'enfant en cas d'absence des parents :

Nom et Prénom de la personne habilitée	Lien avec l'enfant	N° de Téléphone	A prévenir en cas d'urgence	Autorisées à venir chercher mon enfant
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisation de sortie pour l'Accueil de Loisirs

L'Accueil de Loisirs « Les Confettis » organise durant l'année des sorties (poneys, bowling, promenade ...) et des activités diverses (foot, basket, piscine...) afin que toutes ces activités se déroulent en toute sécurité nous vous demandons de bien vouloir remplir cette autorisation de sortie permanente pour l'année.

Nous vous rappelons que sans cette autorisation signée votre enfant ne pourra pas participer aux sorties de l'Accueil de Loisirs.

Je soussigné(e) Mme, Mr

- Autorise mon enfant a participé à toutes les activités physiques, sportives et/ou de pleine nature et sorties proposées par l'accueil de loisirs.
- N'autorise pas que mon enfant participe l'activité suivante

Motif (si médical, fournir un certificat) _____

Communication

Souhaitez-vous recevoir par courriel les informations concernant les activités extra-scolaires (colonies, séjours, accueil de loisirs, soirées débats). oui non

Mail de la famille _____

Responsables de l'enfant

Je soussigné(e) _____ père, mère ou responsable légal de l'enfant déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont sincères et véritables.

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du Service Enfance (disponible en Mairie et sur www.viarmes.fr Vivre au quotidien - Enfance Jeunesse

Autorise le Directeur de la structure à faire soigner mon enfant et à lui faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins. Je m'engage à payer la part des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuelle.

*** Si il y a une autorité parentale spécifique suite à un jugement de divorce, il appartient aux parents de le signaler. A défaut la collectivité se décharge de toutes responsabilités.**

Je m'engage à acquitter toutes les factures afférentes aux différents services et confirme avoir pris connaissance du règlement du Service Enfance relatif à l'organisation et au fonctionnement des prestations scolaires et périscolaires.

A _____ Le _____

Signatures des responsables légaux suivi de la mention : « Lu et Approuvé »