



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Une fiche par enfant.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

2 – VACCINATIONS

Nous certifions que notre enfant a bien reçu l'ensemble des vaccinations obligatoires à la vie en collectivité.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? oui non

Si oui, précisez lequel :

ALLERGIES : Alimentaires oui non Asthme oui non

Médicamenteuses oui non Autres

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

.....
.....

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

.....
.....

Précisez si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....
.....

4 - RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

.....
.....

Téléphone : Domicile : Portable : Bureau :

Adresse mail :@.....

5 – EN CAS DE NECESSITE

Personnes à prévenir après le responsable légal:

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

6 – SORTIE DE L'ENFANT

Nous autorisons notre enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement de l'accueil que s'il est accompagné d'une des personnes citées ci-dessous ou de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (si ce ne sont pas les parents) :

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

7 – ATTESTATIONS SUR L'HONNEUR

Nous soussignés,

.....
Représentants légal de l'enfant,

.....

- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les responsables de l'Accueil périscolaire à présenter notre enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du docteur (nom, adresse, téléphone) :

.....

ou l'hospitalisation à l'hôpital ou de la clinique (nom, adresse, téléphone) :

.....

- Acceptons que notre enfant participe aux activités organisées par la structure (déplacement compris).
- Autorisons le responsable de l'association « Copains Copines » à reproduire librement et gratuitement des photographies de ma personne et de mon enfant dans ses différentes publications, y compris Internet, dans le cadre des activités et représentations de la structure.
- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire, en approuver son contenu et nous engageons à le respecter et le faire respecter par notre enfant.

Fait à

Le

Signature des parents ou du tuteur légal