

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Centre de loisirs « Les mini-pousses »
64121 Serres-Castet

NOM : **PRENOM :**

Date de naissance :/...../..... **Garçon**
Fille

Classe : **Quotient familial :** **N° allocataire :**

REGIME DE PROTECTION SOCIALE : Général et autres MSA (cocher la case correspondante)

1. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

N° de sécurité sociale :

Médecin traitant :

Nom : **Tél :**

Téléphones du père :

Fixe : **Travail :** **Portable :**

Téléphones de la mère :

Fixe : **Travail :** **Portable :**

2. AUTRE :

Personnes susceptibles de venir chercher mon enfant et à prévenir en cas d'urgence

1- **Tél :**

2- **Tél :**

3- **Tél :**

4- **Tél :**

5- **Tél :**

3. VACCINATIONS (pas de photocopie, se référer au carnet de santé) :

Vaccin obligatoire : DT polio

Nom du vaccin :

Dates du dernier rappel :

Autres vaccins (facultatif)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT :

A-t-il déjà eu les maladies et/ou allergies suivantes ?

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Scarlatine		
Coqueluche		
Rougeole		
Oreillons		
Angine		
Otite		
Rhumatisme articulaire aigu		

ALLERGIES	OUI	NON
Alimentaires		
Asthme		
Médicamenteuses		
Autres.....		

ATTENTION :

si votre enfant est allergique, un P.A.I (projet d'accueil individualisé) a-t-il été mis en place à son école ?

Oui (si oui, joindre la copie du PAI) Non

5. RECOMMANDATIONS UTILES :

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

.....

Autres (information utiles) :

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, etc...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le

Signature :