

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018/2019

Organisateur

Mairie
Square Anne de Bretagne
29410 PLEYBER CHRIST
Tél. : 02 98 78 41 67

ENFANT : NOM..... PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : Tél. :

NOM : Tél. :

VACCINATIONS (à remplir à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

(Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom, adresse, n° de téléphone du médecin traitant :

Si l'enfant doit suivre un traitement, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES.....

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE

.....
.....

Votre enfant bénéficie-t'il d'une prise en charge M.D.P.H. ? oui non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ect ... : PRECISEZ :

TOURNER LA PAGE



ACTIVITES :

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées.
- J'autorise je n'autorise pas mon enfant à la pratique des activités sportives (cocher)
Cause éventuelle.....
- Mon enfant sait nager ne sait pas nager (cocher)
- J'autorise je n'autorise pas mon enfant à la pratique des activités nautiques (cocher)
- J'autorise je n'autorise pas l'équipe d'animation à effectuer et à diffuser les photographies prises dans le cadre des activités du centre de loisirs, de la garderie et des T.A.P.. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de l'enfant et ne devront pas porter atteinte à sa réputation. (cocher)

Nom d'assurance :	N° de contrat R.C :
-------------------	---------------------

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné (e)

ayant l'autorité parentale de l'enfant

Autorise M. ou Mmeà prendre en charge mon enfant après les activités périscolaires (T.A.P., garderie, A.L.S.H., animations sports jeunesse)

Autorise mon enfant à rentrer seul à heures.

Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident en dehors des heures de prises en charge par les activités périscolaires

RAPPEL : par sécurité l'enfant doit être conduit à l'intérieur des locaux et ne peut repartir seul (sauf autorisation ci-dessus)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Autorise le responsable des activités périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature,