

## **FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018 / 2019**

**( pour les mineurs )**

**ENFANT :**

**NOM** ..... **PRENOM** .....  
 Sexe (M) (F) ..... Date de naissance ..... Établissement scolaire fréquenté .....  
 Taille en centimètres..... Pointure..... Poids.....

**VACCINATION :**

Je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations (Merci de présenter le carnet de santé à l'inscription)  
 Date du dernier rappel **DT Polio** : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :** l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non	Varicelle	oui	non
Otites	oui	non	Angines	oui	non	Asthme	oui	non
Rhumatismes	oui	non	Rougeole	oui	non	Scarlatine	oui	non
Oreillons	oui	non						

Indiquer d'autres éventuelles difficultés de santé en précisant les dates :

.....

Recommandations des parents. ....

.....

Mon enfant suit actuellement le traitement suivant (joindre l'ordonnance du médecin) : .....

.....

Médecin traitant ..... Téléphone .....

**PARENTS :**

**NOM du père** ..... **Prénom** ..... **Autorité parentale**  OUI  NON  
 Adresse .....  
 Téléphone ..... (domicile) ..... (travail)  
 Profession : ..... Secteur d'Activité : .....

**NOM de la mère** ..... **Prénom** ..... **Autorité parentale**  OUI  NON  
 Adresse .....  
 Téléphone ..... (domicile) ..... (travail)  
 Profession : ..... Secteur d'Activité : .....

**Autres personnes à prévenir dans le cas où nous ne pouvons joindre les parents :**  
 (grands-parents,nounou,...) ..... Téléphone.....

<b>Organisme d'assurance dont dépend l'enfant :</b>	
Caisse de sécurité sociale : .....	N° de l'assuré .....
Mutuelle : .....	
Assurance de l'enfant : .....	N° de l'assuré .....
<b>Allocation Familiales : Centre</b> .....	<b>Numéro</b> ..... <b>Quotient familial :</b> .....

**En cas d'urgence, les animateurs sont habilités à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (appel des secours, interventions médicales d'urgence, hospitalisation) .**

Fait à ..... le .....

(Signature des parents)