

FICHES SANITAIRE DE LIAISON  
ANNÉE 2019

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles dans le cadres des activités du centre de loisirs (extrascolaire, périscolaire et accueil de loisirs)

**1) Identité de l'enfant :**

Nom et Prénom(s) : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : ..... Code Postal et Ville : .....

Nom – Prénom du Responsable légale : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Téléphone Domicile : ..... Portable ..... Travail : .....

Adresse Mail : .....

N° de sécurité sociale : ..... Caisse :  MSA  CPAM  Autres : .....

N° allocataire CAF ou MSA ..... Quotient Familial : .....

**2) Informations médicales :**

**A) Vaccinations :** fournir la copie des pages correspondantes du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-Indication

**B) Allergies :**

Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  Autres

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

**C) Difficultés de santé :** (Maladies, Crises, convulsion, Hospitalisation, Opération, rééducation). Merci de préciser les dates et les précautions à prendre.

**D) Recommandations utiles des parents :** votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez

L'enfant mouille-t-il son lit ?  oui  non  occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?  oui  non

L'enfant a-t-il des difficultés particulières de sommeil ?  oui : .....  non

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : .....

**E) Traitements Médicaux :** Seuls les traitements médicaux accompagnés d'une ordonnance de moins de 3 mois pourront être donnée par l'équipe d'animation du centre de loisirs.

**F) Autorisation de soins d'urgence**

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le directeur du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise à faire transporter mon enfant dans le centre hospitalier .....si besoin.

**Date :**

**Signatures :**

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES  
ANNÉE 2019

**3) Transport :**

J'autorise mon enfant à rentrer avec (préciser le nom et prénom) :

.....  
.....

J'autorise mon enfant à rentrer seul :  oui       non

J'autorise les responsables du centre de loisirs à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre de loisirs.

En voiture individuelle de l'association ou des bénévoles :  oui       non

Par les transports collectifs et publics (trains, cars, bateau, ...) :  oui       non

**4) Droit à l'image :**

J'autorise l'association Familles Rurales de Chalmazel à utiliser les photos et /ou vidéos de mon enfant prises lors des activités du centre de loisirs.

Dans le cadre du réseau et de l'association :  oui       non

Dans le cadre de la presse et / ou internet (dont facebook) :  oui       non

**5) Divers :**

L'enfant sait-il nager :  oui       non

Informations complémentaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ces données sont strictement confidentielles et utilisées dans le cadre du centre de Loisirs. Elles seront conservées jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Les données personnelles des enfants pourront être modifiées en cas de nécessité.

**Date :**

**Signatures :**