



## Fiche sanitaire de liaison

### A joindre à la fiche d'inscription

\* information obligatoire

#### 1. ENFANT

Nom\* :                      Prénom\* :  
Date de naissance\* :                      Sexe\* :

#### 2. RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

##### Responsable légal 1

Qualité\* :  
Nom\* :  
Prénom\* :  
Téléphone 1\* :  
Téléphone 2 :  
N° de Sécurité Sociale de l'enfant :

##### Responsable légal 2

Qualité :  
Nom :  
Prénom :  
Téléphone 1 :  
Téléphone 2 :

#### 3. RENSEIGNEMENTS

Vaccination obligatoire\*      **DT Polio**       Oui  Non<sup>(1)</sup>

Nom du vaccin :                      Date du dernier rappel :

<sup>(1)</sup> Joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies ou maladies suivantes\* ?

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Allergies médicamenteuses              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Autres allergies (animaux, pollen,...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, préciser la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir (si automédication le signaler) :**

L'enfant présente-t-il **un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?       Oui  Non

Si oui, lesquels :

L'enfant a-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire et/ou auditif ?       Oui  Non

Si oui, lesquels :

#### 4. MODALITES ADMINISTRATIVES/VALIDATION

- J'ai noté que, si l'enfant suit un traitement médical lors des différentes activités, je dois joindre une **ordonnance** récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
- J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à :                      Le                      Signature(s) du ou des responsable(s) légal(aux)