



Contact
Centres de Loisirs Educatifs en Mâconnais
43 Grande Rue de la Coupée
71850 CHARNAY-LES-MACON
TEL. : 03 85 21 98 88

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⁽¹⁾ Non⁽²⁾ Nom du vaccin :

Date du dernier rappel :

⁽¹⁾ Joindre obligatoirement la photocopie du carnet de santé où figure le DT Polio

⁽²⁾ Joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

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

- | | | |
|------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ▪ Asthme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Allergies alimentaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Allergies médicamenteuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ 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)