

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Né(e) le : .....  
 à : .....  
 Garçon :       Fille :

### RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : ..... Ville : .....  
 .....

N° Sécurité Sociale : .....

Coordonnées téléphonique du père

Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile : .....

Domicile : .....

Mobile : .....

Mobile : .....

Travail : .....

Travail : .....

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)

.....  
 .....

COMPAGNIE D'ASSURANCE :

N°

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui, Merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

**Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres : .....

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

.....  
 .....

**ÉTAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ENFANT)****PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATION**

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre indication.

**ÉTAT DES MALADIES ENFANTINES**

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

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire aigu		
Angine					

**INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES**

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé – énurésie, maladie, accident, crises convulsives, Opération, rééducation,... en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

.....  
 .....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaire ?

Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux, ....)

.....  
 .....

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné(e),  
 Docteur en médecine, certifie avoir examiné

M/Mme

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'activités physiques et sportives, déclare l'enfant ..... apte à la vie en collectivité et être à jour des vaccins obligatoires.

Á

Signature et cachet du médecin

**ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant .....  
 Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, J'autorise par la présente le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature :