FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ***ENFANT***

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE : GARÇON FILLE

2 – ***VACCINATIONS***

Photocopie du carnet de santé à fournir
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de fournir un certificat médical de contre-indication

3 -***RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT***

J'autorise le personnel de l'accueil à **maquiller** mon enfant : oui / non
ALLERGIES :
MÉDICAMENTEUSES : oui / non
ALIMENTAIRES : oui / non
ASTHME : oui / non
AUTRES, précisez :
……
Si OUI 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). Transmettre les médicaments à l'adulte et ne surtout pas les laisser à l'enfant.*
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
Prévenir le personnel de l'accueil en cas de mise en place de PAI.

Régime alimentaire pour raisons médicales, religieuses, culturelles ou autre : oui / non
Précisez : .....

Votre enfant est il en **situation de handicap** : oui/non Reconnaissance **MDPH** : oui /non (Justificatif à fournir)
Précisez : ……

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....
PRÉNOM.....
ADRESSE.....
.....
TÉL. FIXE ……PORTABLE .....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....
Je soussigné(e), ...responsable légal de l'enfant,
Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : **Signature :**