



Accueil collectif de mineurs Fiche sanitaire de liaison

Ce document permet de recueillir des éléments administratifs et certains éléments de la santé de l'enfant.

Merci de remplir le document lisiblement.

Nom, prénom de l'enfant :
Date de naissance : --/--/---- Sexe : F / G

Représentant légal 1: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)
Nom, prénom :
Adresse :
Domicile : Travail : Téléphone portable :

Représentant légal 2: Père, Mère ou responsable de l'enfant (barrer les mentions inutiles)
Nom, prénom :
Adresse :
Domicile : Travail : Téléphone portable :

Personnes susceptibles d'être prévenues en cas d'urgence :
Nom, prénom :
Adresse :
Domicile : Travail : Téléphone portable :

Nom, prénom :
Adresse :
Domicile : Travail : Téléphone portable :

Les responsables légaux autorisent ces personnes à venir chercher l'enfant dans la structure

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Rubéole <input type="checkbox"/> | Oreillons <input type="checkbox"/> |
| Varicelle <input type="checkbox"/> | Asthme <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine <input type="checkbox"/> | Coqueluche <input type="checkbox"/> |
| Rougeole <input type="checkbox"/> | Angine <input type="checkbox"/> |



Assurance responsabilité civile (si possible joindre attestation ou justificatif)

Compagnie :

Numéro d'adhérent :

Renseignements sanitaires

Vaccinations (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination en vérifiant que le nom de l'enfant est clairement mentionné.
A défaut, fournir une attestation de vaccination d'un médecin

Indiquez ci-dessous les éléments médicaux qui sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil

Maladies ou allergies sévères connues (exemple diabète, asthme, allergies alimentaires.....)

Si l'enfant bénéficie d'un PAI, merci de prendre contact rapidement avec la directrice de l'accueil

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

Conduite à tenir spécifique (sommeil, hygiène, régime alimentaire spécifique, port de lunettes, port d'appareillage auditif.....)

.....
.....

Traitement médicamenteux (susceptibles d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil)

Aucun médicament ne sera donné sur la structure.

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

Allergies médicamenteuses connues (il est important de le signaler en cas de prise en charge par les services d'urgence)

.....

**Si vous avez signalé des difficultés de santé concernant votre enfant
Contactez la directrice de l'accueil**

*

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de la structure à prendre les mesures nécessaires pour l'appel des secours,

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2