

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018/2019

Nom / Prénom de l'enfant :

né(e) le Sexe : Femme Garçon

► **Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Date des derniers rappels |
|---|-----|-----|---------------------------|
| Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite | | | |
| Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. | | | |

Joindre une copie de la page des vaccins du carnet de santé

► 2 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical durant son séjour à l'accueil de loisirs ?

Oui Non

| Allergies | Oui | Non | Allergies | Oui | Non |
|--------------|-----|-----|-----------------|-------|-----|
| Asthme | | | Médicamenteuses | | |
| Alimentaires | | | Autres | | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours Oui Non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles sous enveloppe cachetée au nom de M. le Directeur)

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

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

► 3 - Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement)

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes : Oui Non (Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Des prothèses auditives : Oui Non (Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Autres recommandations / Précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

► Responsables de l'enfant

1^{er} responsable

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Père Mère Tuteur

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. bureau :

2^{ème} responsable

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Père Mère Tuteur

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. bureau :

Autres personnes que les responsables légaux à contacter en cas d'urgence et d'indisponibilité des parents :

Nom : Prénom :

Tél. fixe (et portable) :

Nom : Prénom :

Tél. fixe (et portable) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et suis informé que l'équipe d'animation prendra, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et / ou d'un service d'urgence **seuls habilités à définir l'hôpital adapté.**

Date :

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Service Petite Enfance de la CCBDP pour assurer les inscriptions et leur suivi administratif. Elles sont conservées pendant la durée de fréquentation de l'Accueil de loisirs et sont destinées à la CCBDP. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service Petite Enfance de la CCBDP : petite.enfance@cc-bdp.fr

