

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024

Nom : Prénom :

Né(e) le : A :

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(é) Concubinage Séparé(e) Veuf(ve) Célibataire

Responsable 1

Père Mère Tuteur Famille d'accueil
Autorité parentale OUI NON

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....Ville :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Responsable 2

Père Mère Tuteur Famille d'accueil
Autorité parentale OUI NON

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....Ville :

Tél fixe :

Tél. portable :

Personnes à appeler en cas d'urgence et autorisées à venir chercher le(s) enfant(s)

Nom/ Prénom	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone

Autorisation parentale

-J'autorise mon enfant de + de 9 ans à quitter seul l'ALSH à la fin de sa journée et décharge la commune de toute responsabilité pour le trajet jusqu'au domicile OUI NON

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant : Téléphone.....

L'enfant a-t-il des problèmes de santé ? (Précisez).....

Si oui quelle conduite ? :

A-t-il un traitement régulier ? (Précisez) :

Si oui joindre une ordonnance récente et un protocole délivré par le médecin avec les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être administré sans protocole. Il est obligatoire de nous fournir le PAI (protocole d'accueil individualisé ou un certificat médical).

-Allergies médicamenteuses : OUI (précisez)..... NON

-Allergies alimentaires : OUI (précisez)..... NON

-Autres allergies : OUI (précisez)..... NON

- Asthme : OUI..... NON

Merci de remplir les tableaux même si vous fournissez les copies du carnet de santé

VACCINS	DTP	ROR	BCG	Hépatite B	Coqueluche	Autres (à préciser) :
DATE						
RAPPEL						

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

Autres informations importantes

-L'enfant a-t-il déjà fréquenté des lieux collectifs (MAM, Crèche, Halte-garderie...) ?

OUI NON

-L'enfant est-il en situation de handicap ou un accompagnement spécifique (AESH, CAMSP, CMPP ou autre) ?

OUI NON

Si oui merci de nous fournir une notification de prise en charge

-L'enfant a-t-il régime alimentaire ?

OUI (précisez)..... NON

-Avez-vous des recommandations utiles pour l'accueil de l'enfant (lunettes, prothèses auditives, dentaires, port de lentilles, autres problèmes de santé ou difficulté...) :

-Souhaitez-vous nous communiquer autre chose concernant l'enfant ?.....

Je soussigné(e),, autorise la ville du Guilvinec à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à , le

Signature :