|  |
| --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**CEDOCUMENT EST A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE(s) responsable(s) légal (aux) de l’enfant |

|  |
| --- |
| **ENFANT :** Garçon □ Fille □Nom :…………………………………………… Prénom :………………………………………………………………….Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………….Né(e) le :……………. /……………. /…………… à :………………………………………………………..Classe de :……………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Mère :Responsable légal de l’enfant □NOM :…………………………………………………………………Prénom :…………………………………………………………….Adresse :…………………………………………………………….…………………………………………………………………………….Tel fixe :……………………………………………………………….Tel portable :……………………………………………………….Tel professionnel : ……………………………………………….\*\*Mail : Situation familiale : …………………………………………….. | Père :Responsable légal de l’enfant □NOM :…………………………………………………………………Prénom :…………………………………………………………….Adresse :…………………………………………………………….…………………………………………………………………………….Tel fixe :……………………………………………………………….Tel portable :……………………………………………………….Tel professionnel : ……………………………………………….\*\*Mail : Situation familiale : …………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Prestation sociales et familiales****CAF □ MSA □ EDF □ AUTRE (précisez) □……………………………..** **N° ALLOCATAIRE(OBLIGATOIRE) : ……………………………………………………………………..** **N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l’enfant). ……/……/……/……/……/……/……/……/****ATTESTATION QUOTIENT FAMILIALE DE LA CAF : …………………………………………………...** |

|  |
| --- |
| **Personnes autorisées à venir chercher l’enfant** |
| NOM & Prénom | Lien de parenté | N° de téléphone |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*\* ECRIRE VOTRE ADRESSE MAIL EN MAJUSCULES MERCI

|  |
| --- |
| **En cas d’urgence prévenir** (si le responsable légal de l’enfant n’est pas joignable) |
| NOM & Prénom | Lien de parenté | N° de téléphone |
|  |  |  |
|  |  |  |

A ce dossier, vous joindrez **OBLIGATOIREMENT :**

* L’attestation d’assurance responsabilité civile dont dépend l’enfant
* La copie du carnet de vaccinations
* Attestation CAF quotient familial « imprimable sur votre espace CAF »

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

**GROUPE SANGUIN SI CONNU :………………………………………………………….**

L’enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ROUGEOLEoui□ Non□ | OREILLONSOui□ Non□ | RUBEOLEOui□ Non□ | VARICELLEOui□ Non□ |
| COQUELUCHEOui□ Non□ | SCARLATINEOui□ Non□ | OTITEOui□ Non□ | RHUMATISME ARTICULAIRE Oui □ Non□ |

**LES DIFFICULTES DE SANTE**

**Allergies :**

**-** Asthme oui □ non □

 - Alimentaire oui □ non □

- Médicamenteuses oui □ non □

- Autres………………………………………………………………………………………

**En cas d’allergie veuillez prendre contact avec l’enseignant pour la mise en place avec le médecin scolaire, d’un PAI (PLAN ALIMENTAIRE INDIVIDUEL).**

**Votre enfant porte** :

Des lentilles de contact **□** des lunettes**□** des prothèses auditives**□** des prothèses dentaires **□**

**Antécédents :**

Maladies à risques, crises convulsives, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre, ainsi que toutes autres recommandations qui vous semblent utile concernant la santé de votre enfant.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS** |
| □ J’autorise la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’urgence médicale. |
| □ J’autorise l’équipe d’animation à photographier ou à filmer mon enfant et que son image puisse être diffusée, exposée, publiée (photos souvenir sur un support, prises de vue liées aux activités,) |
| □ J’autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin des TAP ou à la descente du bus (uniquement pour les primaires)  |

**Je, soussigné(e),………………………………………………………… responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement.**

**Fait à……………………………………………, le……/……/…… SIGNATURE**