

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles sur la santé de votre enfant

## JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS

(vérifier que le prénom de l'enfant est bien indiqué en haut de chaque page)

ENFANT garçon ( ) fille ( )

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquez ci-après les éléments d'ordre médical susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil de l'enfant ainsi que toutes les recommandations utiles :

*(maladie, accident, hospitalisation, trouble de la santé, opérations, rééducation en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre, port de lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires...)*

L'enfant présente t-il une allergie, une intolérance alimentaire

oui  non

*Si oui, précisez :*

Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) est-il mis en place?

oui  non

*Si oui, merci de fournir un exemplaire à jour et, se reporter à l'article II B du règlement de fonctionnement des accueils périscolaires et de loisirs relatif au PAI et aux modalités d'accueil en service de restauration.*

*En cas de traitement médical au cours de l'accueil, compléter auprès du directeur une autorisation d'administrer, joindre l'original de l'ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'emballage d'origine (avec notices) sur lesquelles seront indiqués la date d'ouverture, le nom et prénom de l'enfant.*

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant (facultatif):

Numéro de Sécurité Sociale:

L'enfant bénéficie t-il de la CMU oui ( ) non ( )  
d'une prise en charge 100% sécurité sociale oui ( ) non ( )

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature: