

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018

### Organisateur

Mairie  
Square Anne de Bretagne  
29410 PLEYBER CHRIST  
Tél. : 02 98 78 41 67

**ENFANT : NOM..... PRENOM.....**

**DATE DE NAISSANCE .....**

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

NOM : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Tél. : .....

**VACCINATIONS** (à remplir à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

(Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication)

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Nom, adresse, n° de téléphone du médecin traitant : .....

**Si l'enfant doit suivre un traitement, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)**

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MEDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES.....

**PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE**

.....  
.....

Votre enfant bénéficie-t'il d'une prise en charge M.D.P.H. ? oui  non

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ect ... : PRECISEZ : .....

TOURNER LA PAGE



**ACTIVITES :**

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées.
- J'autorise  je n'autorise pas  mon enfant à la pratique des activités sportives (cocher)  
Cause éventuelle.....
- Mon enfant sait nager  ne sait pas nager  (cocher)
- J'autorise  je n'autorise pas  mon enfant à la pratique des activités nautiques (cocher)
- J'autorise  je n'autorise pas  l'équipe d'animation à effectuer et à diffuser les photographies prises dans le cadre des activités du centre de loisirs, de la garderie et des T.A.P.. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de l'enfant et ne devront pas porter atteinte à sa réputation. (cocher)

Nom d'assurance :	N° de contrat R.C :
-------------------	---------------------

**AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné (e) .....

ayant l'autorité parentale de l'enfant .....

**Autorise** M. ou Mme .....à prendre en charge mon enfant après les activités périscolaires (T.A.P., garderie, A.L.S.H., animations sports jeunesse)

**Autorise** mon enfant à rentrer seul à ..... heures.

**Décharge** les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident en dehors des heures de prises en charge par les activités périscolaires

**RAPPEL** : par sécurité l'enfant doit être conduit à l'intérieur des locaux et ne peut repartir seul (sauf autorisation ci-dessus)

**Déclare** exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

**Autorise** le responsable des activités périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature,