



CENTRE SOCIAL DU CHATEAU DE L'HORLOGE

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT:

NOM: PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :Lieu de naissance :

GARCON FILLE

CLASSE FREQUENTEE:

Responsables de l'enfant :

Mère	Père
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Mail.....	Mail.....
Tel dom./port.....	Tel dom./port.....
.....
N° de Sécurité Sociale sur lequel l'enfant est rattaché :	
Nom et tél du médecin traitant :	
Numéro allocataire CAF:	
Nom et N° de la Police d'Assurance pour les activités extrascolaires :	
.....	

RECOMMANDATION UTILE DU CENTRE:

L'assurance de notre association ne couvre pas les pertes et vols des effets personnels de votre enfant pendant les temps d'accueil.

VACCINATIONS : (SE REFERER AU CARNET DE SANTE)

Fournir une photocopie de toutes les pages de vaccinations.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS: (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc.)

Indiquez ci-après: les difficultés de santé (accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical Oui non

Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans l'emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

Association Lou Castèu
Centre Social Château de l'Horloge
50, place du Château de l'Horloge - 13090 Aix-en-Provence
Tél. : 04 42 29 18 70 - Courriel : contact.cdhaix@gmail.com
Siret : 808125066 00015 - APE : 9499Z

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTI.AÏGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSE OUI NON ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES :

.....
PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

DECLARATION DES PARENTS :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- o Autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale de première urgence qui s'avérerait nécessaire en cas d'accident.

Les enfants de moins de 12 ans devront quitter les activités du Centre Social accompagnés d'un adulte par conséquent :

- o J'autorise mon enfant à partir avec :

Nom	Prénom	lien avec l'enfant	téléphone

Les personnes mentionnées ci-dessus devront se présenter munies d'une pièce d'identité.

Signatures du ou des responsables légaux précédé de la mention « lu et approuvé »

2018/2019

2019/2020

2020/2021

2021/2022

Date				
Signature				