



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

Responsables de l'enfant :

Responsable 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....
.....
.....

Mail (écrire en majuscules)

Tel

Responsable 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....
.....
.....

Mail... (écrire en majuscules)

Tel

N° de Sécurité Sociale sur lequel l'enfant est rattaché :

Nom et tél du médecin traitant :

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

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

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

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. AIGU 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"/>	

REPAS : VEGETARIEN AVEC VIANDE SANS PORC

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.

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

2021/2022

2022/2023

2023/2024

2024/2025

Date				
Signature				