



# 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 .....

Nom et tél du médecin traitant : .....

#### Responsable 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Mail... (écrire en majuscules) .....

Tel .....

**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

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| RUBEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>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 :

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 »

A Aix en Provence le .....



ACCUEIL DE LOISIRS & ACTIVITÉS

ACM :

ACCUEIL JEUNES :

ACCOMPAGNEMENT SCOLAIRE, si oui :  ELEMENTAIRE  COLLEGE

Jour ..... de .....

Jour ..... de ..... à .....

ACTIVITÉS : .....

Jour..... de .....

Jour..... de ..... à .....

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à partir avec les personnes suivantes (pièce d'identité obligatoire) :

Nom, Prénom, lien de parenté : ..... N°Tél : .....

Nom, Prénom, lien de parenté : ..... N°Tél : .....

Nom, Prénom, lien de parenté : ..... N°Tél : .....

Nom, Prénom, lien de parenté : ..... N°Tél : .....

Nom, Prénom, lien de parenté : ..... N°Tél : .....

Les enfants de moins de 12 ans doivent obligatoirement être récupérés par une personne.

Pour les personnes ayant un droit de garde exclusive, faire parvenir un document du tribunal spécifiant les personnes non habilitées à venir chercher l'enfant.

Ne concerne que les enfants de plus de 12 ans :

J'autorise mon enfant à partir seul en fin de journée : oui  non

Fait à Aix-en-Provence, le .....

Signature « Lu et approuvé »