



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 – 2023/2024

L'ENFANT :

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : Lieu de naissance :
GARCON [] FILLE []

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Responsable 1 Responsable 2
Nom : Prénom : Adresse :
Mail (écrire en majuscules) Tel
Nom et tél du médecin traitant :

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).

Cadre réservé à l'Administration :
Vérification du carnet de santé : [] Date dernier vaccin :

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

Table with 5 columns: RUBEOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME, SCARLATINE. Each cell contains 'OUI' and 'NON' with checkboxes.

REPAS (à entourer) : VEGETARIEN AVEC VIANDE SANS PORC

ALLERGIES (Projet d'Accueil Individualisé) :

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 »