

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2016/2017

Cette fiche est à remplir obligatoirement par le(s) responsable(s) légal (aux) de l'enfant, en cas d'hospitalisation, elle accompagnera l'enfant

CCAS MUTZIG

Tel : 03.90.40.95.04

Fax : 03.88.38.69.16

SERVICE UTILISE : Temps d'activités périscolaires

Cantine scolaire

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT (une fiche par enfant)

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / / à

Sexe M F

Ecole :

Classe :

Assurance Responsabilité Civile de l'enfant : N° contrat :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

oui

non

L'enfant est-il allergique ? Asthme

oui

non

Alimentaire

oui

non

Médicamenteuse ?

oui

non

Autre

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

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

.....

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez

.....

Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Observations particulières (traitement médical, régime, allergies, lunettes, appareils dentaires, autres ...)

.....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OU	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Nom/Prénom (Père / Mère / tuteur)
Adresse du domicile
Téléphone personnel en cas d'urgence (fixe et/ou portable)
E-mail
Numéros de téléphone professionnels

Nom/Prénom (Père / Mère / tuteur)
Adresse du domicile
Téléphone personnel en cas d'urgence (fixe ou portable)
E-mail
Numéros de téléphone professionnels
Personne(s) habilitée(s) à amener et/ou venir chercher votre enfant au centre (nom, prénom, tél.) :
.....
.....
.....

Je, soussigné(e), Mme / M. déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise le responsable du Centre de Loisirs à prendre le cas échéant toutes les mesures nécessaires
concernant mon enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.

Fait à le
Signatures des responsables légaux