|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  |

|  |
| --- |
| *FICHE SANITAIRE DE LIAISON* *2021/2022**« Vendredis sportifs »* |

 |

NOM L’ENFANT : ………………………………………….. Prénom : …………………….…………………………….Date de naissance : ….….………………………………………lieu : ………………………………………………………. Sexe : Fille □ Garçon □ Age: ……………………Adresse de l’enfant: …………………………………………………………………………………………………………………………. Ville : …………………………………………… Code postal : …………….. Nationalité : ……………………………….. Nom et prénom du père de l’enfant…………………………………………………………………………………………………………. Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………... N° de sécurité sociale : Nom de l’employeur : ………………………………………………. de l’employeur : …………………………………………………  Nom et prénom de la mère de l’enfant……………………………………………………………………………………………………… Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………... N° de sécurité sociale : ……………………………………………………………….. Nom de l’employeur : ………………………………………………. de l’employeur : …………………………………………………  **PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE (SI LE RESPONSABLE LÉGAL N’EST PAS JOIGNABLE)**  Mr., Mme, Melle ………………………………………………………………………… …………………………………………………..  Mr, Mme, Melle ………………………………………………………………………… ………………………………………………….   ASSURANCE : Nom compagnie : …………………………………………………………………………………………………………..   N° du contrat : …………………………………………  Régime Particulier (MSA, EDF/GDF, RATP, SNCF, Banque de France…) : …………………………………………………….  CAISSE D’ALLOCATION FAMILIALE : N° de dossier : ………………………………………………………………………………... Revenu net imposable : …………………………………… nombre d’enfant au foyer **□** et à charge **□**   |
| RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT L’enfant suit-il **un traitement médical** pendant le séjour ? oui **□** non **□** Si oui joindre **l’ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice**)  **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**  L’ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE OUI **□** NON **□**   | VARICELLE OUI **□** NON **□**   | ANGINE OUI **□** NON **□**   | RHUMATISME OUI **□** NON **□**   | SCARLATINE OUI **□** NON **□**  |
| COQUELUCHE OUI **□** NON **□**   | OTITE OUI **□** NON **□**   | ROUGEOLE OUI **□** NON **□**   | OREILLONS OUI **□** NON **□**   |   |

 **ALLERGIES** : ASTHME OUI **□** NON **□ MEDICAMENTEUSES** : OUI **□** NON **□ ALIMENTAIRES** : OUI **□** NON **□** PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET DE LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………...………………………………………………………………  2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l’enfant et joindre une photocopie)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES  |  OUI  |  NON  | DATES DES DERNIERS RAPPELS  |  OBSERVATIONS  |
| Diphtérie  |   |   |   |   |
| Tétanos  |   |   |   |   |
| Poliomyélite  |   |   |   |   |
| Ou DT polio  |   |   |   |   |
| Ou Tétra coq  |   |   |   |   |
| BCG  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |

4 – **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** **Régime alimentaire (Sans porc ou sans viandes) :** …………………………………………… VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)………………………………………………………………………………………..Je soussigné, …………………………………………. Responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.  Date : Signature :   |