|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  | |  | | --- | | *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 : |