

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FICHE SANITAIRE****DE****LIAISON****2020/2021**CANTINE - PERISCOLAIREACCUEIL DE LOISIRSATELIERS LINGUISTIQUES | **Nom :****Prénom :****Date de naissance :****Rhésus sanguin :** |

 **RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

Adresse de l’enfant : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Classe fréquentée : ………………………………. Nom de l’enseignant : …………………………………………………………………….

N° d’adhérent (SEJ) : ……………………………… N° Allocataire CAF: ………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Coordonnées du Père de l’enfant | Coordonnées de la Mère de l’enfant | Personne à prévenir en cas d’accident |
| Nom – Prénom | Nom - Prénom | Nom - Prénom |
| Profession : | Profession : | Profession : |
| Adresse : | Adresse : | Adresse : |
| Tél.dom\* : | Tél.dom\* :  | Tél.dom\* : |
| Tél.Port\* : | Tél.Port\* : | Tél.Port\* : |
| Courriel : | Courriel : |  |
| Lieu de travail : | Lieu de travail : | Lieu de travail : |
| Tél.\* : | Tél.\* : | Tél.\* : |

\*Prévenir immédiatement en cas de changement

**Autorisez-vous l’administration à enregistrer vos coordonnées ?**

OUI NON

**MEDECIN TRAITANT**

Nom, Adresse et numéro de téléphone : …………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

☛ En cas d’urgence et en cas d’absence du médecin de famille, un autre docteur pourra être appelé.

☛ En cas d’accident (ex : coups à la tête), les animatrices appellent les pompiers et/ou le SMUR puis les parents.

Je soussigné(e) : ……………………………………………………………………………………. Père □, Mère □, ou tuteur □,

De l’enfant (nom et prénom) : ……………………………………………………………………………………………………………..

► Autorise ce dernier à participer aux différentes activités et sorties proposées

► Autorise l’association SEJ à prendre toute mesure nécessaire en cas d’urgence médicale

► Décharge l’association SEJ et l’équipe d’animation de toute responsabilité dès le départ de l’enfant.

► Autorisation droit à l’image : Oui □ Non □

**VACCINATIONS :** (Fournir une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations obligatoires)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Vaccin** |  **Oui** |  **Non** |  **Date** |  **Vaccin** |  **Oui** |  **Non** |  **Date** |
|  **DT POLIO** |  |  |  | **ANTIVARIOLIQUE** |  |  |  |
|  **DT COQ** |  |  |  |  **R.O.R.** |  |  |  |
|  **TETRACOC** |  |  |  |  **AUTRES** |  |  |  |
|  **BCG** |  |  |  |  |  |  |  |

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT :**

L’enfant suit-il un traitement médical ? OUI □ NON □

(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boites d’emballage, marquées au nom de l’enfant, avec la notice. Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance).

**L’ENFANT A-T-IL CONTRACTE LES MALADIES SUIVANTES ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **RUBEOLE** |  **VARICELLE** |  **COQUELUCHE** |  **SCARLATINE** |  **ROUGEOLE** |
| OUI □ NON □  | OUI □ NON □  | OUI □ NON □ | OUI □ NON □ | OUI □ NON □ |
|  **OREILLONS** |  **ANGINE** |  **OTITE** |  **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** |  **AUTRES (1)** |
| OUI □ NON □  | OUI □ NON □  | OUI □ NON □  | OUI □ NON □  | OUI □ NON □  |
| 1. Si oui lesquelles :
 |

**ALLERGIES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ASTHME |  ALIMENTAIRES |  MEDICAMENTEUSES |  AUTRES |
|  OUI □ NON □  |  OUI □ NON □  |  OUI □ NON □  |  OUI □ NON □  |

Si oui, pensez à ramener le certificat médical dans le cadre du P.A.I (Protocole d’Accueil Individualisé)

Préciser les causes de l’allergie et la conduite à tenir : ………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIQUEZ CI-APRES :** Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes (doit-il les garder en permanence), prothèse etc …Précisez les difficultés de santé, maladie, accident etc … en précisant les dates et les précautions à prendre. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**EN CAS D’ACCIDENT**: Il est fait appel aux pompiers qui transportent automatiquement l’enfant au C.H.D

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**: Je soussigné(e) …………………………………………………………..responsable légal de l’enfant, Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

**Lieu et date : Signature :**

 Mention « Lu et approuvé »