

 <p>VILLAGE MER ET NATURE</p>	<p align="center">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022</p> <p align="center">CANTINE - PERISCOLAIRE ACCUEIL DE LOISIRS</p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Rhésus sanguin :</p>
--	---	---

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Adresse de l'enfant :

Classe fréquentée : Nom de l'enseignant :

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 PROXI SERVICES à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale
- ▶ Décharge l'association PROXI SERVICES 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 CONTRACTÉ LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	COQUELUCHE	SCARLATINE	ROUGEOLE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OREILLONS	ANGINE	OTITE	RHUMATISME ARTIC AIGU	AUTRES (1)
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(1) Si oui lesquelles :				

ALLERGIES

ASTHME	ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	AUTRES
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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 »