



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021

ACCUEIL DE LOISIRS :

ECOLE FREQUENTEE :

1- ENFANT

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE :LIEU DE NAISSANCE.....

FILLE GARCON

N° SS DONT L'ENFANT DEPEND :N° ALLOCATAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la présence de votre enfant. Elle sera détruite à l'issue de l'année 2021. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins obligatoires pour enfant né après 01/01/2018	Dates des vaccins
DT Polio		Hépatite B	
		Coqueluche	
ROR		Méningocoque	
		Haemophilus influenzae B	
		Pneumocoque	

En cas d'absence de carnet de santé (perte) fournir obligatoirement une attestation du médecin traitant stipulant que les vaccins sont à jour et que l'enfant peut être accueilli en collectivité.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui préciser lequel (joindre une ordonnance si nécessaire – aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance) :

Allergies : ASTHME Oui Non ALIMENTAIRES Oui Non

MEDICAMENTEUSES Oui Non AUTRES : Oui Non

Précisez la cause de l'allergie :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Infos Santé : Indiquez ci-après toutes les informations que vous jugerez utiles (handicap, fragilité...)

.....
.....
.....

Régime Particulier : Oui Non

Si oui lequel : Préciser si PAI :

COMPOSITION FAMILLE

RESPONSABLE 1

Nom.....Prénom.....Date de naissance :.....
Adresse.....

TEL :
Mail :

RESPONSABLE 2

Nom.....Prénom.....Date de naissance :.....
Adresse.....

TEL :
Mail :

Situation Familiale : Célibataire / Mariés / Pacsés Vie maritale / Séparés / Divorcés / Veuf (ve)

EN DEHORS DES PARENTS - PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

- Nom/Prénom/Tél :
- Nom/Prénom/Tél :

Je soussigné(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'hospitalisation de mon enfant dans l'établissement le plus proche, si son état le nécessite. J'autorise également mon enfant à pratiquer l'ensemble des activités proposées par l'association Anim' Elbeuf. J'autorise l'association à utiliser l'image de mon enfant sur tout support de communication (photo, vidéo ...). J'autorise l'association à consulter mes données CAF (Cafpro / Vacaf)

Mon enfant peut rentrer seul à la fin des activités : Oui Non OU Uniquement en Fratrie

J'accepte de recevoir par mail les informations liées à ANIM ELBEUF : Oui

ELBEUF, Le/...../.....

SIGNATURE DU OU DES RESPONSABLES

CADRE RESERVE A ANIM ELBEUF

QF : Traitée par :

Saisie Diabolo le : Par :