

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Fille

Garçon

Les p'tits Loups (0-3 ans)

Les Moussaillons (3-5 ans)

Les Explorateurs (6-11 ans)

TRANSPORT : Matin  soir

Ecole  .....

Observation

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS)

**ENFANT :** NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ Garçon  Fille   
Régime:  CAF  MSA  AUTRE N° d'allocataire : \_\_\_\_\_  
N° DE SECU : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **RESPONSABLES DE L'ENFANT :**

**1- NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
TEL : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_ LIEU DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_  
TEL PRO : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

**2- NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
TEL : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
PROFESSION : \_\_\_\_\_ LIEU DE TRAVAIL : \_\_\_\_\_  
TEL PRO : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

**INFORMATION IMPORTANTE** concernant la situation familiale (famille d'accueil, parent décédé, séparation) : .....

**EN CAS DE SEPARATION :** Veuillez préciser les modalités de garde des enfants : .....

*Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, autorise le directeur de l'accueil, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : .....

Signature :

TELEPHONE AUTRES PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (par priorité) :

Noms prénoms	Lien avec l'enfant	Téléphone
M.....		.....

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant ou joindre une copie)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	nom	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
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 (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

<b>RUBEOLE</b> OUI NON	<b>VARICELLE</b> OUI NON	<b>ANGINE</b> OUI NON	<b>RUMATISME AIGU</b> OUI NON	<b>SCARLATINE</b> OUI NON
<b>COQUELUCHE</b> OUI NON	<b>OTITE</b> OUI NON	<b>ROUGEOLE</b> OUI NON	<b>OREILLONS</b> OUI NON	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRE oui  non  AUTRES .....

REGIME ALIMENTAIRE : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (pipi au lit, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,...etc...

Précisez :

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



# Autorisation parentale

Permanente \*

Je soussigné, M., Mme (1).....demeurant au :.....

..... Ville.....Code Postal : .....

N° de téléphone : ..... /..... /..... /..... /..... / autre : ..... /..... /..... /..... /..... /

Autorise mon fils, ma fille (1) .....

**Transport en Mini-Bus** : Le transport Aller : Ville (école) :.....

Le transport Retour : Ville :.....

## Le soir : à partir :

- Avec moi-même
- Seul à mon domicile
- Avec Mr ou Mme .....
- Avec Mr ou Mme .....
- Avec Mr ou Mme .....

\* J'autorise la MCL à véhiculer mon enfant pour les activités / les sorties.

Oui

Non

\* J'autorise la MCL à faire des photos de mon enfant dans le cadre de l'accueil et à les utiliser pour tout type de support de communication.

Oui

Non

\* J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Oui

Non

\* Je déclare avoir pris connaissance des règles de vie de la structure et être en parfait accord avec leur contenu.

Oui

Non

\* J'autorise mon enfant à venir et à rentrer seul à son domicile.

Oui

Non

**Je lève de toutes responsabilités la MCL de la Roche-Posay dans la réalisation des modalités prévues dans la présente autorisation parentale et j'en assume toutes les conséquences.**

Fait à : ..... le .....

Signature

\* Vous pouvez modifier cette autorisation parentale à tout moment

(1) : rayer les mentions inutiles.