FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

Cadre réservé à l'administration
PAI ❒
AEEH ❒
ALLERGIE ❒
REGIME ALIM ❒

1- ENFANT
NOM : …… Prénom : ……
Date de naissance : …….. Garçon ❒ Fille ❒

2- PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Responsable 1	Responsable 2
Nom : ……..	Nom : ……..
Prénom : ……	Prénom : ……
Téléphone : ……..	Téléphone : ……..
Téléphone travail : ……..	Téléphone travail : ……..
A contacter en cas d'urgence :	A contacter en cas d'urgence :
OUI ❒ NON ❒	OUI ❒ NON ❒

Numéro de sécurité social auquel est rattaché l'enfant : ……..

Personnes autorisées à récupérer l'enfant et **à contacter en cas d'urgence AUTRE QUE LES PARENTS**

Nom-Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Autorisé à récupérer l'enfant	A contacter en cas d'urgence
			OUI ❒ NON ❒	OUI ❒ NON ❒
			OUI ❒ NON ❒	OUI ❒ NON ❒
			OUI ❒ NON ❒	OUI ❒ NON ❒

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :
Médecin traitant : …….. Téléphone du médecin : ……

L'enfant est à jour de ses **vaccins** obligatoires : OUI ❒ NON ❒
(Joindre **obligatoirement** la copie du carnet de vaccinations)

L'enfant a-t-il un **projet d'accueil individualisé** (PAI) : OUI ❒ NON ❒
(Si oui, joindre le protocole, une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant et avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

Votre enfant a-t-il eu les **maladies** suivantes : (cocher les cases) :
Varicelle ❒ Rubéole ❒ Coqueluche ❒ Otite ❒ Angine ❒ Rougeole ❒ Oreillons ❒ Scarlatine ❒ Rhumatismes ❒
Autre ❒ : ……..

Votre enfant a-t-il des **allergies** (Si oui, conduite à tenir) ?
Médicaments : OUI ❒ NON ❒ Précision : ……
Alimentaires : OUI ❒ NON ❒ Précision : ……
Autres : OUI ❒ NON ❒ Précision : ……

4- RECOMMANDATIONS UTILES (ex : **régime alimentaire,** port de lunettes, d'appareil dentaire, comportement, difficulté de sommeil …) ……
……

Votre enfant sait il nager ? OUI ❒ NON ❒ Votre enfant sait-il faire du vélo ? OUI ❒ NON ❒
-J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités physiques et sportives qui pourraient être proposées. Un test préalable sera demandé pour les activités aquatiques et nautiques (canoë, kayak, …) ……OUI ❒ NON ❒
-J'autorise mon enfant à emprunter différents moyens de transport (bus, minibus,…)…… OUI ❒ NON ❒

5- DECLARATION : Je soussigné ……, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, etc)
Fait à La Riche le : …… Signature :