

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022 - 2023

Valable du 01/09/2022 au 31/08/2023 (remplir une fiche par enfant)

Les parents s'engagent à signaler tout changement en cours de période

<p><b>1 - ENFANT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRÉNOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>	<p>Cadre réservé à l'association :</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS (obligatoire)	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

**3 -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 ?

ALLERGIES :                    ASTHME :             oui    non                    MEDICAMENTEUSES :             oui    non

                                         ALIMENTAIRES :    oui    non                    AUTRES : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, merci de le signaler) :**

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE :**

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ :

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT À JOINDRE EN PRIORITÉ EN CAS D'URGENCE :**

NOM ET PRÉNOM :

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... TRAVAIL : .....

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT : .....

1. Certifie exact les renseignements portés sur les fiches de renseignements et sanitaire.
2. Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par les organisateurs du centre qu'elles se déroulent en intérieur comme en extérieur.
3. Autorise l'organisateur à transporter ou faire transporter mes enfants sur les lieux d'activités.
4. Décharge l'organisateur de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir en dehors des horaires de fonctionnement du centre.
5. Reconnaît être responsable de mon enfant jusqu'à la montée et dès la descente du bus.
6. Autorise l'organisateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
7. S'engage à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.
8. S'engage à prendre en charge financièrement les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.
9. Dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas de dégradation, perte ou vol d'effets personnels (vêtements, jouets ...)

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant.....  
certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association PHARE et m'engage à le respecter.

Date et signature précédée de la mention « lu et approuvé » : ..... / ..... / .....