



Fiche sanitaire de liaison



Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		
CP :	Commune :	

Adresse Structure :
Centre de Loisirs
14a rue d'Ambrières
52290 ECLARON
Tél : 03.25.05.97.68
cl.eclaron@ebsl.fr

Adresse Organisateur :
Mairie d'Eclaron-Braucourt-Ste-Livière
4 Place Pelletier
52290 ECLARON
Tél : 03.25.04.11.62
mairie.eclaron@ebsl.fr

I - Vaccinations : JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** sur la période ? oui non

Les traitements sont administrés uniquement en cas de pathologie lourde et/ou en présence d'un PAI (à fournir)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	COVID
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui non
asthme oui non
autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Autorisation d'administration et d'application de : (en cas de nécessité)

Crème solaire	Crème contre les brûlures	Crème contre les ecchymoses	Granule d'arnica	Gel hydroalcoolique
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles ET Régime alimentaire :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, prend un repas sans porc etc.... ?

V - Responsables légaux de l'enfant :

Responsable légal 1 :

Nom : Prénom :
Tél. domicile : travail : portable :

Responsable légal 2 :

Nom : Prénom :
Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant

VI – Droit à l'image :

Autorisez-vous à ce que votre enfant soit photographié durant certaines activités du centre de loisirs ? oui non

Autorisez-vous la diffusion des photographies sur nos supports de communication (facebook, panneau pocket, site internet) ? oui non

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nous vous informons de la possibilité de souscrire à une assurance de personnes, plus couvrant que la responsabilité civile.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :