

# Fiche sanitaire de Liaison



## 1/ Enfant

Nom: .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon  Fille

## 2/ Vaccinations Fournir la photocopies du carnet de vaccinations

Les vaccins obligatoires sont : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite Ou DT Polio Ou Tétracoq.  
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.



## 3/ Renseignement médicaux concernant l'enfant

◆ L'enfant a-t-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

|            |                              |                              |                         |                              |                              |
|------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéoles   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Rougeole                | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Varicelle  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Oreillons               | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Rhumatismes articulaire | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Otite      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Scarlatine              | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Angine     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |                         |                              |                              |

◆ L'enfant fait-il des allergies ?

Asthme            oui     non   
Alimentaires    oui     non   
Médicamenteuse oui     non   
Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....  
.....



◆ L'enfant mange-t-il de tout ? Oui  non  Si non, précisez:.....

Indiquer ci après:

◆ Les difficultés de santé (maladies, accidents, crise convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....

◆ Médecin traitant

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

◆ Centre de sécurité sociale

Joindre une attestation

Nom : .....

Adresse : .....

N° de sécurité sociale : .....



◆ Votre enfant a-t-il un accompagnement spécifiques ? (AVS, Educateur, Orthophoniste, Orthoptiste, Psychomotricienne, Psychologue.....)

.....  
.....



◆ Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaire etc...? 

◆ Est-ce qu'un Projet d'accueil individualisé (PAI) est mis en place pour votre enfant ?  
Oui  non  Si oui merci de fournir une photocopie du document.

◆ L'enfant est-il affilié à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ?  
Oui  non

#### 4/ Responsable de l'enfant

◆ Père (titulaire de l'autorité parentale): 

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone bureau : .....

Téléphone domicile: .....

Adresse : .....

.....

◆ Mère (titulaire de l'autorité parentale): 

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone bureau : .....

Téléphone domicile: .....

Adresse .....

.....

◆ En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l'inscription : .....

◆ Nom et n° de téléphone des personnes à prévenir rapidement (différents des parents) :  
.....

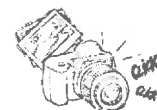
#### 5/ Autorisations

L'enfant est autorisé à :

◇ Partir seul (à partir de 8 ans) oui  non

◇ Etre pris en photo pour :

Usage interne au CSC et presse oui  non  Le site internet du CSC oui  non



En cas d'accident ou de maladie, le CSC prévient les parents le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le CSC pourra être amené à conduire l'enfant aux urgences.

Par la présente nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention. Nous autorisons le CSC, en cas d'impossibilité des parents, à reprendre l'enfant à la sortie de l'établissement de santé.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable l'égal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du CSC, si nécessaire, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Niort le \_\_\_\_\_ Signature des parents :

|                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Date de renouvellement de la fiche |  |  |  |
| Signature des Parents              |  |  |  |
| Cachet du CSC                      |  |  |  |