

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Septembre 2016 à septembre 2017

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements pratiques et médicaux qui pourront nous être utiles durant l'année scolaire 2015/2016 concernant votre enfant pour les sorties ados, les petites vacances scolaires et juillet (*attention* celle-ci n'est pas un bulletin d'inscription pour les vacances). **Si des changements survenaient durant l'année, nous vous prions de nous en avertir le plus tôt possible.**



### ENFANT

Nom Prénom : .....

Date de Naissance : .....

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom : .....

Adresse : .....

Commune : .....

N°Tél Domicile : ..... N°Tél Bureau : .....

N° Portable : .....

### A QUEL REGIME SOCIAL APPARTENEZ VOUS ?

- Régime sécurité sociale (CPAM) N°.....
- Régime agricole (MSA) n° .....
- Autres SNCF/EDF...N°.....

**Adresse mail :** \_\_\_\_\_

### MEDICALES

#### VACCINATIONS

(joindre la copie du carnet)

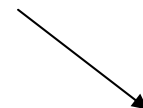
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT POLIO				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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



**Rubéole** Oui  Non   
**Angines** Oui  Non   
**Asthme** Oui  Non   
**Rougeole** Oui  Non   
**Otites** Oui  Non

**Coqueluche** Oui  Non   
**Rhumatismes** Oui  Non   
**Scarlatine** Oui  Non   
**Varicelle** Oui  Non   
**Oreillons** Oui  Non



L'enfant a-t-il des allergies ?

Asthme  oui  non  
Alimentaire  oui  non

Médicamenteuses  Oui  non  
Autres : .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

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

L'enfant suit-il un traitement médical ?

oui  
 non

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L'ordonnance et les médicaments devront remis à la directrice du centre.

*REMARQUES MEDICALES ET CONTRE INDICATIONS (accident, opération hospitalisation, rééducation,*

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

**INFORMATION ASSURANCE**

*La Communauté de Communes du Chemin des Dames informe les familles des enfants inscrits au A.L.S.H. de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne. L'assurance individuelle concerne les dommages qu'une personne peut subir sans qu'il y ait lieu de rechercher la responsabilité d'une autre personne (absence de tiers, exemple : un enfant qui se blesse de sa propre maladresse)*

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,.....responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et

- ✓ **Autorise** mon enfant à participer aux activités proposées par l'A.L.S.H de la Communauté de Communes du Chemin des Dames. Pour les sorties une autorisation vous sera adressée à chaque fois.
- ✓ **Autorise** la Communauté de Communes du Chemin des Dames à publier les photos prises durant le centre pour le journal, le site internet, la page facebook et lors des expositions de la C.C.C.D.
- ✓ **Atteste** avoir été informé des modalités d'assurance (voir ci-dessus)
- ✓ **Autorise** les responsables et le Directeur du Centre de Loisirs à prendre toutes les décisions utiles et nécessaires à la santé et à la sécurité de mon enfant et à le faire hospitaliser si cela s'avérait nécessaire.



Fait à .....le .....  
Signature  
« Lu et Approuvé »