



Tavers  
VAL DE LOIRE



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018/2019

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**N° allocataire CAF :** \_\_\_\_\_ **QF :** \_\_\_\_\_ **(OBLIGATOIRE)**

## 2 – VACCINATIONS (fournir une photocopie du carnet de santé ou un certificat de vaccinations de l'enfant).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES .....

## PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication 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

NOM .....de jeune fille : ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

TÉL DOMICILE : ..... MAIL : .....

PERE : PORTABLE : ..... PROFESSIONNEL : .....

MERE : PORTABLE : ..... PROFESSIONNEL : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

---

## 6 - AUTORISATION PARENTALE

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties prévues dans le cadre des temps péri et extrascolaire.
- Autorise la consultation et la conservation de mes données personnelles issues de l'appli mis à disposition par la CAF pour calculer mon tarif.

### **Droit à l'image :**

- J'autorise l'équipe d'animation de Tavers à utiliser (site internet de la ville, bulletin municipal...) des images (photos ou films) de mon enfant prises au cours d'activités de loisirs.
- Je refuse que soient utilisées des images de mon enfant.

### **Départ de la structure :**

- J'autorise mon enfant à quitter seul la structure.
- Je n'autorise pas mon enfant à quitter la structure seul, personnes habilitées à prendre l'enfant :

Mme, M ..... qualité ..... Téléphone .....

Mme, M ..... qualité ..... Téléphone .....

Mme, M ..... qualité ..... Téléphone .....

### **Personnes à contacter en cas d'indisponibilité des parents**

Mme, M ..... qualité ..... Téléphone .....

Mme, M ..... qualité ..... Téléphone .....

Mme, M ..... qualité ..... Téléphone .....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à régler tous les frais engagés en ce sens.*

**Date :**

**Signature :**

---

Pour votre information, la CAF du Loiret participe financièrement au fonctionnement de cet équipement.