

PHOTO



Tavers VAL DE LOIRE



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022

## 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 AIGÛ 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  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES 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.