



Tavers
VAL DE LOIRE



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

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 MEDICAUX 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

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ 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

NOMde 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.