

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PHOTO

ENFANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / ☐ Fille ☐ Garçon

Classe : Ecole fréquentée :

SITUATION FAMILIALE :

Responsable légal de l'enfant :

☐ parent 1 & parent 2, ☐ parent 1 seul, ☐ parent 2 seul, ☐ tuteur (dans ce cas, indiquer nom, prénom & coordonnées).....

Responsable (parent) 1	Responsable (Parent) 2 :
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Nom de Naissance :	Nom de Naissance :
Né(e) le :	Né(e) le :
A :	A :
Adresse :	Adresse :
Tél. portable :	Tél. portable :
Courriel :	Courriel :
Tél. pro :	Tél. pro :

En cas de jugement interdisant à l'un des deux parents d'approcher l'enfant, merci de fournir une copie du jugement.

Nombre d'enfants dans la famille :

AUTORISATIONS :

Personnes majeures, autres que responsable légal, autorisées à venir chercher l'enfant : (si personne mineur, joindre une décharge)

Nom, prénom & lien de parenté :

Tél : / / / /

Nom, prénom & lien de parenté :

Tél : / / / /

Cadre réservé à la structure d'accueil

SANTE :

Recommandations utiles liées à l'enfant :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc., ...
Indiquer les difficultés de santé, particularités, handicaps et précautions à prendre

Vaccinations :

Joindre obligatoirement la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou un certificat médical attestant les vaccinations.

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Maladies : l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Allergies :

Allergies	Asthme	Médicamenteuses	Alimentaires	Autres	Cause de l'allergie	Conduite à tenir
Oui						
Non						

Traitement médical : l'enfant doit-il suivre un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une ordonnance récente précisant la posologie et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant) et une autorisation parentale. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH ? ☐ oui ☐ en cours ☐ non

Médecin traitant : Nom & Coordonnées.....

REGIME ALLOCATAIRE :

CAF, MSA, Autre :

N° d'allocataire : Quotient Familial :

Nom & prénom du bénéficiaire :

ACCORDS :

(Merci de cocher les cases suivantes si nécessaire)

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du Service Enfance Jeunesse Val de Gâtine et m'engage à le respecter ; je décharge les organisateurs de responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après la prise en charge effective des enfants par la structure ; je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ J'autorise la prise et la diffusion de photos de mon enfant sur les supports de communication de la structure.

☐ Je m'oppose à la prise et la diffusion de photos de mon enfant sur les supports de communication de la structure.

☐ En vertu du Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD) mis en œuvre le 25 mai 2018 par l'Etat, je confie mes données personnelles pour la finalité suivante : dossier d'inscription pour l'accueil de mon enfant du Service Education Famille. Ces informations ne seront pas vendues.

A la fin de la période d'utilisation de ce document, il sera soit redonné à la famille sur demande, soit détruit par nos soins.

Date : ____/____/20____

Signature du responsable 1
(Précédée de la mention *lu & approuvé*)

Signature du responsable 2
(précédée de la mention *lu & approuvé*)



Renouvellement de la fiche pour l'année 20____ / 20____

- ☐ Je signale avoir effectué un changement sur la fiche sanitaire (modifier de couleurs différentes) _____
- ☐ J'atteste que toutes les informations données sur cette fiche sanitaire sont à jours.

Date : ____/____/20____

Signature du responsable 1

Signature du responsable 2

Renouvellement de la fiche pour l'année 20____ / 20____

- ☐ Je signale avoir effectué un changement sur la fiche sanitaire (modifier de couleurs différentes) _____
- ☐ J'atteste que toutes les informations données sur cette fiche sanitaire sont à jours.

Date : ____/____/20____

Signature du responsable 1

Signature du responsable 2

Renouvellement de la fiche pour l'année 20____ / 20____

- ☐ Je signale avoir effectué un changement sur la fiche sanitaire (modifier de couleurs différentes) _____
- ☐ J'atteste que toutes les informations données sur cette fiche sanitaire sont à jours.

Date : ____/____/20____

Signature du responsable 1

Signature du responsable 2