

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... A : .....

**Situation familiale :**  Marié(e)  Pacsé(é)  Concubinage  Séparé(e)  Veuf(ve)  Célibataire

### **Responsable 1**

Père  Mère  Tuteur  Famille d'accueil  
Autorité parentale  OUI  NON

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....Ville : .....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

### **Responsable 2**

Père  Mère  Tuteur  Famille d'accueil  
Autorité parentale  OUI  NON

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....Ville : .....

Tél fixe : .....

Tél. portable : .....

### **Personnes à appeler en cas d'urgence et autorisées à venir chercher le(s) enfant(s)**

Nom/ Prénom	Lien avec l'enfant	Adresse	Téléphone

### **Autorisation parentale**

-J'autorise mon enfant de +de 9 ans à quitter seul l'ALSH à la fin de sa journée et décharge la commune de toute responsabilité pour le trajet jusqu'au domicile  OUI  NON

## Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone.....

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? (Précisez).....

Si oui quelle conduite ? : .....

A-t-il un traitement régulier ? (Précisez) : .....

**Si oui joindre une ordonnance récente et un protocole délivrés par le médecin avec les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être administré sans protocole.**

-Allergies médicamenteuses :  OUI (précisez).....  NON

-Allergies alimentaires :  OUI (précisez).....  NON

-Autres allergies :  OUI (précisez).....  NON

- Asthme :  OUI.....  NON

**Il est obligatoire de nous fournir le PAI (protocole d'accueil individualisé ou un certificat médical).**

**Merci de remplir les tableaux même si vous fournissez les copies du carnet de santé**

VACCINS	DTP	ROR	BCG	Hépatite B	Coqueluche	Autres (à préciser) :
DATE						
RAPPEL						

MALADIES	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									

## Autres informations complémentaires

-Régime alimentaire :  OUI (précisez).....  NON

-Des recommandations utiles pour l'accueil de l'enfant (lunettes, prothèses auditives, dentaires, port de lentilles, autres problèmes de santé ou difficulté...) : .....

-L'enfant est-il suivi par une AVS ?  OUI  NON

-Souhaitez-vous nous communiquer autre chose concernant l'enfant ?.....

Je soussigné(e), ....., autorise la ville du Guilvinec à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à , le

Signature :