

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance : _____
Nom :	<input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>

Structure : Local Jeunes Bassussarry

Adresse : Mairie de Bassussarry
64200 BASSUSSARRY

Téléphone : 05.59.43.38.06

Mail : local.jeunes@bassussarry.fr

I – Renseignements CAF :

- Quotient familial (revenu imposable/12/nombre de parts) :

- Numéro allocataire CAF :

II - Vaccinations :

(Joindre OBLIGATOIREMENT une photocopie du carnet de santé)

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.

III - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** permanent ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....

IV - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....
.....

V - Parents de l'enfant :

Parent 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Portable :

Travail :

Mail (en majuscule) :

.....

Nom et tél. du médecin traitant

Personnes, autre que les parents, à contacter en cas d'urgence (noms+numéros) :

.....
.....
.....

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant (noms+numéros):

.....
.....
.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

AUTORISATION UTILISATION DE L'IMAGE

Je soussigné(e), autorise le Mairie de Bassussarry à exploiter pour tout usage de reproduction et de représentation (1) les photographies ou les images vidéo sur lesquelles figure mon enfant :
Pour valoir ce que de droit.

Fait à Le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

.....
.....

- (1) Reproduction : communication en public d'une manière indirecte : par imprimerie, dessin, gravure, photographie, tout procédé des arts plastiques et graphiques, enregistrement mécanique, cinématographique ou magnétique.
Représentation : communication en public par présentation publique : exposition, projection publique, télédiffusion, site internet, réseaux sociaux.