

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

<b>Enfant :</b>	<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				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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.