Mairie de La Garde

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023 / 2024

## ENFANT

**Nom Prénom** : .....

**Date de Naissance** : ...../...../..... **Sexe** : ☐ Féminin ☐ Masculin

**Nom du Médecin traitant** : ..... **Tél.** : .....

**Repas** : ☐ Classique ☐ Sans Porc ☐ Panier Repas (*si Projet Accueil Individualisé*)

**Droit à l'image** : ☐ Oui ☐ Non **Baignade** : ☐ Sait Nager ☐ Se Débrouille ☐ Ne sait pas nager

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

☐ Rubéole ☐ Scarlatine ☐ Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Angine
☐ Rougeole ☐ Otite ☐ Oreillons ☐ Rhumatisme Articulaire Aigü

### ALLERGIES ou AUTRES

Si oui fournir un PAI (Projet Accueil Individualisé)

☐ Asthme ☐ Médicamenteuse(s) ☐ Alimentaire(s) ☐ Autres : .....

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ 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 administré sans ordonnance.**

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

.....

.....

.....

***Contre-indication à la Vaccination :*** *si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

## VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

☐ lunettes ☐ lentilles ☐ prothèses auditives ☐ prothèses dentaires ☐ Autre(s) .....

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

***Nom Prénom*** : ..... ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur Légal

**Tél. :** .....

***Nom Prénom*** : ..... ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur Légal

**Tél. :** .....

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

N° de sécurité sociale : .....

Date : Signature :