



FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE DE LIAISON

V2020

1 - Enfant

Nom : Prénom :

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Date de naissance : / /

2 – Renseignements médicaux

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

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

Joindre une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de votre enfant.

Votre enfant a-t-il des allergies connues ?

Alimentaires : oui ☐ non ☐

Médicamenteuses : oui ☐ non ☐

Asthme : oui ☐ non ☐

Autres :

Précisez la cause de la réaction allergique et la conduite à tenir (joindre un exemplaire de l'ordonnance du médecin en cas de médication)

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

Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐

Si oui, précisez :

Votre enfant devra-t-il prendre un traitement médical pendant l'accueil périscolaire ou au centre de loisirs ? oui ☐ non ☐

Si oui, merci de joindre un exemplaire de l'ordonnance du médecin et les médicaments correspondants, marqués au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne sera administré à votre enfant sans ordonnance.



FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE DE LIAISON

V2020

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (maladie, crise convulsive, opération, rééducation, hospitalisation) en précisant les précautions à prendre :

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

3 – Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... ? Précisez ci-après :

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

4 – Responsables légaux de l'enfant

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....
.....

Numéros de téléphone :

- Domicile :
- Portable (précisez le titulaire) :
- Portable (précisez le titulaire) :
- Professionnel :

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

Date :

Signature :

Association L'échap'Toi

369 rue Jules Ferry - 43120 La Chapelle d'Aurec