



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Formulaire n°05/CCSSOM – Services périscolaires

## ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  Garçon  Fille Date de naissance : ..... / ..... / .....

### VACCINATIONS

**Merci de fournir la photocopie du carnet de santé ou un certificat attestant la vaccination de votre enfant.**

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

.....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

- Rubéole
- Coqueluche
- Oreillons
- Varicelle
- Scarlatine
- Rougeole

L'enfant présente-t-il une allergie ? ....., **si oui, nous transmettre le PAI**

L'enfant bénéficie-t-il d'un traitement pour l'asthme ?  oui  non

Si autre, précisez : .....

**Merci de vous rapprocher du Directeur ACM pour tout traitement médical**

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération chirurgicales) :

.....

### RECOMMANDATION DES PARENTS (Champ non obligatoire)

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée :  oui  non

Handicap reconnu :  oui  non

Autres : .....

.....

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél. domicile : ..... Portable : .....

Tél. travail : ..... N° S.S : .....

### AUTRE(S) PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom – Lien de parenté – Tél :

1 - .....

2 - .....

**Je soussigné-e, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise la collectivité à conserver cette fiche sanitaire durant toute la scolarité de mon enfant, toutefois, je m'engage à informer le service concerné pour tous changements de ces données.**

Signature :