Numero d'adherent [_____]

MAISON de QUARTIER
9,11 allée des Peupliers
33000 BORDEAUX
05.56.98.45.05
maison.quartier@jsabordeaux.fr
http://www.jsabordeaux.fr/

Fiche Sanitaire de Liaison

Saison 2018 / 2019

Enfants / Jeunes

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe.
Elle suit votre enfant dans toutes ses activités.
Elle sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

Enfant : ☐ fille ☐ garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville Code Postal

I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G.			
ou Tétracoq				Autres (*préciser*)			

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical régulier**? ☐ oui ☐ non
Si oui, joindre le **protocole d'accueil individualisé** (PAI) 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 ce document.**

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

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

III - Recommandations utiles :

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

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Tél Portable : Tél. Domicile : Tél. Travail :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'accueil 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 :