

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON ☐

FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES LORS DE L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT ELLE FAIT LA LIAISON ENTRE VOUS, VOTRE ENFANT, LA STRUCTURE D'ACCUEIL ET EN CAS D'URGENCE



PARTIE MÉDICALE

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ?

.....

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 PRIS SANS ORDONNANCE

ALLERGIES

ASTHME OUI ☐ NON ☐ ALIMENTAIRE OUI ☐ NON ☐

MÉDICAMENTEUSE OUI ☐ NON ☐ AUTRES :

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (SI AUTOMÉDICATION LE SIGNALER)

.....

.....

.....

.....

VACCINATION

			VACCINATION		
vaccins obligatoires	oui	non	dates derniers rappels	vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polyomélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

PARENTS

PARENT 1

NOM :

PRÉNOM :

TELEPHONE :

PARENT 2

NOM :

PRÉNOM :

TELEPHONE :

AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (SI PARENTS INJOIGNABLES)

NOM : PRÉNOM :

TELEPHONE :

NOM : PRÉNOM :

TELEPHONE :

Une pièce d'identité peut être demandée au moment où ces personnes de confiance viennent récupérer votre enfant

AUTORISATIONS

Nous soussignés

Autorisons notre enfant :

A RENTRER SEUL du Chat Botté selon les horaires de réservation : ☐ oui ☐ non

A être TRANSPORTE DANS LES VÉHICULES de l'afb dans le cadre des activités : ☐ oui ☐ non

Autres personnes à venir chercher notre enfant :

NOM : PRÉNOM :

TELEPHONE :

NOM : PRÉNOM :

TELEPHONE :

ASSURANCE

Je soussigné atteste sur l'honneur souscrire chaque année à une assurance extra-solaire pour couvrir les biens et les personnes en cas d'accident au centre de loisirs et peut fournir un justificatif en cas de besoin

DATE :

SIGNATURE

RECONDUCTION

2027

J'atteste sur l'honneur que ce document et les informations y figurant sont valables pour 2027.

SIGNATURE

2028

J'atteste sur l'honneur que ce document et les informations y figurant sont valables pour 2028.

SIGNATURE

2029

J'atteste sur l'honneur que ce document et les informations y figurant sont valables pour 2029.

SIGNATURE

2030

J'atteste sur l'honneur que ce document et les informations y figurant sont valables pour 2030.

SIGNATURE

En cas de besoin de modification : demander une nouvelle fiche sanitaire à l'adresse mail : responsable.alsh@afb26.org