

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE  
RESTAURATION SCOLAIRE  
CENTRES DE LOISIRS  
CLUBS PRÉ-ADOS, CLUB ADOS

ANNÉE 2022/2023

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



École fréquentée : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... Sexe :  F  M

Fournir une **copie du carnet de santé**. Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

Indiquer ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...	Dates

**Maladies :**

- Varicelle     Oreillons     Rougeole     Rubéole  
 Coqueluche     Asthme     Diphtérie     Méningite     Scarlatine

**AUCUN TRAITEMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ**

**Allergies**    Asthme Oui  Non     Alimentaire Oui  Non   
Médicamenteuse Oui  Non     Autre : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....

.....



L'enfant est-il bénéficiaire d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? Oui  Non   
Si oui, joindre une copie du protocole effectué dans le cadre scolaire.

**En cas de traitement lourd, vérifier les périodes de validité des médicaments déposés au Centre de loisirs ou au Club et les renouveler périodiquement si nécessaire.**

Précisez si l'enfant suit, hors PAI, un régime alimentaire particulier (porc, crustacés, viande...)

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

### Père

Nom : .....

Prénom : .....

Tél domicile : .....

Tél professionnel : .....

Tél portable : .....

### Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Tél domicile : .....

Tél professionnel : .....

Tél portable : .....

N° d'assurance : .....

Nom de la compagnie d'assurance : .....

Adresse de la compagnie d'assurance : .....

Téléphone de la compagnie d'assurance : .....

Recommandations des parents : .....

.....

.....

Je soussigné(e) M/Mme ..... représentant légal agissant en qualité de **Mère**  **Père**  **Tuteur**  de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise formellement le responsable du Centre de loisirs ou du Club à prendre toutes les mesures nécessaires afin de faire pratiquer à mon enfant tout examen médical ainsi que toute intervention chirurgicale (même sous anesthésie) par le corps médical de tutelle. J'autorise aussi, le cas échéant, le responsable du Centre de loisirs ou du Club à récupérer mon enfant à la sortie de l'hôpital, après accord du corps médical.

Fait à Levallois, .....

Signatures

"Lu et approuvé"  
Père

"Lu et approuvé"  
Mère