



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant de 11 à 17 ans



1/ L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : Garçon Fille

N° TEL : EMAIL :

ETAB. SCOLAIRE : CLASSE :

Si différent du représentant légal) :

N° SECURITE SOCIALE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

2/ LES VACCINS

Vaccins rendus obligatoire par la réglementation, sauf contre indication médicale.
Si l'enfant n'as pas les vaccins OBLIGATOIRES, joindre un certificat médical de contre-indication.
ATTENTION : le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication.

	OUI	NON	DATE DE DERNIER RAPPEL
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

3/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

	OUI	NON	
Allergies Alimentaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles : <input type="text"/>
Repas Spéciaux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels: <input type="text"/>
Autres Allergies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles : <input type="text"/>
Asthme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un P.A.I a t'il été mis en place (Plan d'Accueil Individualisé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Si Oui , nous le fournir</u>
Votre enfant est-il en situation de handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels: <input type="text"/>
Votre enfant suit-il un traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Si Oui joindre une ordonnance et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine (avec la notice) marquées au nom de l'enfant.</u>

Nom du Médecin traitant Tel

Autres recommandations médicales :

4/ AUTRES RENSEIGNEMENTS

- Mon enfant sait nager Oui Non
- Mon enfant a-t-il son « Pass Nautique », ou « Savoir Nager » ? Oui Non *Si Oui , nous le fournir*
- S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Votre enfant porte t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, dentaires etc...ou toutes choses utiles (autre que médicales) que vous souhaiteriez partager avec nous ?

6/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :	<input type="text"/>	PRÉNOM :	<input type="text"/>
QUALITE* :	<input type="text"/>	TEL :	<input type="text"/>
NOM :	<input type="text"/>	PRÉNOM :	<input type="text"/>
QUALITE* :	<input type="text"/>	TEL :	<input type="text"/>

* père, mère, grands-parents, famille d'accueil ...

Je soussigné(e), , responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaire par l'état de l'enfant sous couvert d'avis médical. (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, sortie d'hospitalisation)

Fait à : Le :

Signature du responsable légal

Collecte des informations :
L'AICLA traite les données recueillies pour les gestion des dossiers des enfants inscrits aux activités de l'association.
Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez vous au règlement intérieur de l'association.