



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MAIRIE

Année 2015-2016

1. ENFANT :

NOM : Prénom : Garçon Fille
 Date et lieu de naissance :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 N° CAF : Quotient Familial :
 Régime alimentaire particulier : Oui Non , lequel

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Qui exerce l'autorité parentale ? **PERE** : **MERE** :

NOM et prénom :
 Adresse (si différente) :
 Code postal, Ville :
 Téléphone:
 Portable :
 Courriel :
 Employeur :
 Tel. professionnel :

AUTRES PERSONNES à joindre en cas d'urgence, ou gardienne (préciser le lien de parenté)

-téléphone :
 -téléphone :
 -téléphone :

Assurance :n° d'assuré

Autorisation :

Je, soussigné autorise les responsables :

- à faire soigner mon enfant
- à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions des médecins.

Nom du médecin traitant :téléphone :

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Asthme : Oui Non

Allergies : PAI : Oui Non

Conduites à tenir :
 Contre-indications :
 Antécédents médicaux ou chirurgicaux :
 Pathologies chroniques :
 Autres renseignements concernant sa santé (lunettes, prothèses):
 Traitement médical de longue durée :

Joindre obligatoirement l'ordonnance et une demande écrite explicite.

VACCINATIONS :

	OUI	NON	Date dernier rappel
D.T.Polio			
Autres :			

4. SORTIES :

J'autorise mon enfant à rentrer seul :

après l'école, la garderie, l'accueil de loisirs, les activités NAP (*rayez les mentions inutiles si besoin*)

OUI

NON

uniquement pour les enfants de plus de 6 ans

Si NON,

-Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (en dehors des parents et de la gardienne) :

NOM, prénom, lien de parenté, n° de tel :

-
-
-

DATE : Signatures :

MODIFICATIONS

ANNEE 2016 – 2017 :

ANNEE 2017 – 2018 :