



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET DE SORTIE

• **Enfant concerné**

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin

Nom et prénom du responsable 1 : _____ Tél. : _____

Nom et prénom du responsable 2 : _____ Tél. : _____

N° SS de rattachement : _____

• **Personnes à contacter (autres que les parents)**

	Contact 1	Contact 2
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Nom de naissance	_____	_____
Date de naissance	_____	_____
Lien de parenté	_____	_____
Tél. portable	_____	_____
Tél. autre	_____	_____
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Contact 3	Contact 4
Nom	_____	_____
Prénom	_____	_____
Nom de naissance	_____	_____
Date de naissance	_____	_____
Lien de parenté	_____	_____
Tél. portable	_____	_____
Tél. autre	_____	_____
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

• **Médecin traitant**

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____

• Vaccination

Vous devez fournir une photocopie du carnet de santé ou un certificat médical attestant de la situation vaccinale de l'enfant.

Dans le cas d'une contre-indication médicale à la vaccination, date du certificat médical : _____

• Assurance obligatoire : Responsabilité Civile (fournir attestation)

Compagnie : _____

Numéro de contrat : _____ Validité du : _____ au _____

• Assurance facultative : Individuelle Accident ou Individuelle Corporelle (fournir attestation)

Compagnie : _____

Numéro de contrat : _____ Validité du : _____ au _____

• Situation de handicap

Notification de la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées) : Oui Non

• Renseignements médicaux

Existence d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Votre enfant est-il allergique : Oui Non

Si oui, précisez l'allergie : Asthme Alimentaire Médicamenteuse

Votre enfant présente-t-il une pathologie nécessitant une attention particulière : Oui Non

Votre enfant porte-t-il :

- des lunettes : Oui Non
- des lentilles : Oui Non
- des prothèses auditives : Oui Non
- des prothèses dentaires : Oui Non

Votre enfant poursuit-il un traitement médical : Oui Non

Recommandations utiles : _____

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'établissement de santé (hôpital, clinique ...) le plus adapté. La famille est immédiatement avertie. Un enfant mineur ne peut sortir seul de l'établissement de santé.

Je m'engage à signaler tout changement concernant la santé de l'enfant, auprès de la direction concernée.

Je soussigné(e) _____ déclare exactes les informations communiquées. Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

Fait à _____ le _____

Signature :