

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant (écrire en lettres capitales) :

Prénom :

Date de naissance :

➤ **RESPONSABLE DU MINEUR À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

Responsable légal 1 :

NOM : **PRENOM :**

TEL : **EMAIL :**

Responsable légal 2 :

NOM : **PRENOM :**

TEL :

➤ **VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

En application du décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, **je certifie que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires :**

OUI* NON* (Joindre une copie du carnet de vaccination)

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

➤ **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :**

Suit-il un traitement médical ? OUI* NON

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants au directeur du centre (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ?

Alimentaires Médicamenteuses Autres NON

Précisez la cause de l'allergie, les symptômes et la conduite à tenir :

Remettre le certificat médical ou le PAI à la direction du centre, le cas échéant.

➤ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

(Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, régime alimentaire...)

.....

➤ **NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à Noirmoutier, le Signature (prénom/nom) :