



# ASSOCIATION PIÂN'PIÂNE

100 Chemin de l'Épine  
76430 SAINT VIGOR D'YMONVILLE

Téléphone : **09 62 18 25 82**

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b> Septembre 2020 –Août 2021  <b>Accueils de loisirs – Stages - Ecole Autrement –</b>  <i>Code PP :</i>	<b>ENFANT :</b>  NOM : _____  PRENOM : _____  DATE DE NAISSANCE : _____  GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>  N° Allocataire CAF : _____
---	---

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DT Polio (Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite)				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Rubéole – Oreillons - Rougeole	
<b>Ou</b> Pentacoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication  
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui    non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

ALLERGIES : ASTHME                      oui    non                      MEDICAMENTEUSES                      oui    non

ALIMENTAIRES (\*) oui    non    AUTRES.....

(\*) Si allergies alimentaires, précisez lesquelles :.....

Un PAI (\*\*) a-t-il été signé oui  non  Si oui, dernière date et signature :

→ si un P.A.I. a été signé, il doit impérativement être joint à cette Fiche Sanitaire de Liaison.

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)  
(si certificat médical, joindre une copie)**

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

**3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Taille de votre enfant : ..... Poids de votre enfant : .....

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE POUR DES RAISONS RELIGIEUSES ? SI OUI, LEQUEL ?

VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... ? PRECISEZ.

**4 – RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT**

PERE

MERE

NOM : ..... NOM : .....

PRENOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : ..... ADRESSE : .....

TEL. FIXE DOMICILE : ..... TEL. FIXE DOMICILE : .....

TEL. PORTABLE : ..... TEL. PORTABLE : .....

TEL BUREAU : ..... TEL BUREAU : .....

COURRIEL : ..... COURRIEL : .....

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL.) :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT : .....

BENEFICIEZ-VOUS DE LA C.M.U. (\*\*\*) ? OUI  NON

**5 – ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE**

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE : .....

NUMERO DU CONTRAT : .....

**6 – DROIT D'IMAGE**

**J'AUTORISE**

**JE N'AUTORISE PAS**

L'association Piân'Piâne a utiliser les photographies éventuelles de mon enfant afin d'illustrer les supports d'information et de communication (brochures par exemple) ainsi que le site internet.

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage également à régler tous les frais qui en résulteraient.

**7 – J'ATTESTE AVOIR JOINT A CETTE FICHE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES POUR L'ENFANT** .....

..... (NOM – PRENOM DE L'ENFANT).

Date :

Signature :

(\*\*) P.A.I. : Protocole d'Accueil Individualisé

(\*\*\*) C.M.U. : Couverture Maladie Universelle