



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024**

**IDENTITE DE L'ENFANT**

Garçon ou Fille : .....

Nom .....

Prénom..... Date de naissance .....

Adresse complète .....

Code Postal ..... Commune .....

**IDENTITE DES RESPONSABLES LEGAUX**

**Responsable 1**

Nom d'usage : .....Prénom : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

..... Code Postal .....

Commune ..... ☎ : .....

Mail : ..... @ .....

**Responsable 2**

Nom d'usage : .....Prénom : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

..... Code Postal .....

Commune ..... ☎ : .....

Mail : ..... @ .....

**En cas de divorce ou de séparation :**

Quel parent a la garde de l'enfant ? Père / Mère / Autre : .....

Garde : Exclusive / Partagée / Alternée

**Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)**

Nom : .....

Prénom : .....



N° téléphone : .....

Merci d'indiquer les personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

✓ Nom-prénom.....Qualité : .....

☎ : .....

✓ Nom-prénom.....Qualité : .....

☎ : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ou Non

Si oui, de quel type ? (Insuline,).....

Quel groupe sanguin ? .....

Nom et tél du médecin traitant : .....

### VACCINATION

Mon enfant est à jour de ses vaccinations : Oui ou Non

*Sans ces vaccinations à jour, l'enfant ne pourra pas être accueilli pendant les cours.*

### ALLERGIES :

- Alimentaire : Oui / Non
- Médicamenteuse : Oui / Non
- Autre : (animaux, plante, pollen) Oui / Non

*Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :*

.....  
.....

### SANTE :

Indiquer les difficultés de santé particulières nécessitant des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, appareillage, opération, rééducation...)

.....



.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire... :

.....  
.....

Monsieur ou Madame ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'association et professeurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, etc...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à ..... Le .....

Signatures :