



Association le P.A.R.C.
(Projets Animations et Rencontres Culturelles)

191 rue d'Argentan BP.21 27160 BRETEUIL
Tél : 02 32 29 71 82 - Email : contact@associationduparc.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche doit nous être retournée avec le bulletin d'inscription et l'autorisation parentale. Ne dissociez jamais les trois documents. Remplissez cette fiche avec le plus grand soin : elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire.

1. ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ à _____

Numéro de mobile personnel du jeune (pour le secteur ados) : ____/____/____/____/____

Fille ☐ Garçon ☐ N° Sécurité Sociale : _ _ _ _ _

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

REPLIR CE TABLEAU ET PHOTOCOPIER LE CARNET DE SANTE

Vaccins	oui	non	Dates des derniers rappels
BCG			
ROR			
DT polio			

3. 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 de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

ALLERGIES : Asthme ☐ Oui ☐ Non

Alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....
.....
.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les dates et les précautions à prendre**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....précisez.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :Prénom

Adresse

.....

Téléphone domicile : ____/____/____/____/____.

Téléphone portable : ____/____/____/____/____.

Téléphone travail mère : ____/____/____/____/____.

Téléphone travail père : ____/____/____/____/____.

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone : ____/____/____/____/____.

Je soussigné, Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche **et autorise le responsable** (directeur ou animateurs) **à prendre, le cas échéant, toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date : Signature