

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## COMMUNAUTÉ DE COMMUNES TOURAINE VALLÉE DE L'INDRE



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Garçon \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Fille \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Droit à l'image :  Oui  Non

### RÉGIME ALIMENTAIRE

Mon enfant suit un régime alimentaire particulier :  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_  
 (Sans viande, sans porc, ...)

### ALLERGIES / ASTHME

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ?  Oui  Non  
 Si oui, merci de fournir une photocopie du P.A.I. ainsi que le kit d'intervention au Nom de l'enfant.  
 Sans ces éléments en notre possession, votre enfant ne pourra pas être accepté sur la structure.

Mon enfant a une allergie :  
 Alimentaire  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_  
 Médicamenteuse  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_  
 Autre  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_  
(animaux, plantes, pollen)

Conduite à tenir en cas d'allergie :

Mon enfant fait de l'asthme :  Oui  Non

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) ou souhaitez-vous nous faire part d'un élément le concernant :

Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires, autre ?

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? Si oui, quelle est la conduite à tenir :

Oui  Non

### VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date
Diphtérie				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Tétanos				BCG			
Poliomyélite				Hépatite B			
ou DT polio				Coqueluche			
ou Tétracoq							

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

#### Parent 1

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Téléphone personnel \_\_\_\_\_  
 Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

#### Parent 2

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Téléphone personnel \_\_\_\_\_  
 Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

### MEDECIN TRAITANT

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Je soussigné.e **Parent 1** **Parent 2**, responsable légal.e de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Signature Parent 1

Date

Signature Parent 2

Date

