



## Dossier de liaison sanitaire

Photo

**Année 2017**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Age..... Lieu de naissance : .....

Poids : ..... Kg Taille : .....

Garçon  Fille

#### ***Situation familiale :***

Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf (ve)  Vie Maritale  Célibataire

*(en cas de nécessité, indiquez à la Direction de l'Accueil le droit de garde de votre enfant)*

COMPOSITION FAMILIALE	Responsable légal 1			Responsable légal 2		
	Père	Mère	Tuteur	Père	Mère	Tuteur
Nom - Prénom						
Adresse						
CP – Ville						
T° domicile						
T° travail						
T° portable						
Profession						
Nom et adresse de l'employeur						

#### ***Régime de rattachement Sécurité Sociale (joindre justificatif)***

Général/Fonctionnaire  Agricole  Maritime  Autres

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : ..... Téléphone : ...../...../...../...../.....

L'enfant a-t-il un traitement à l'année : oui  non

Si oui, lequel :

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

Fournir obligatoirement une ordonnance ou un PAI à jour

### Vaccinations :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres ( <i>préciser</i> )			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

### Difficultés de santé :

Précisez les incidents (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation), les dates et les **précautions à prendre**

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

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

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### Allergies :

Asthme oui  non

Alimentaire oui  non

Médicamenteuse oui  non

Autres

.....

Précisez la cause de l'allergie, la conduite à tenir et joindre un certificat médical en cas de traitement

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

**Régime alimentaire :**

L'enfant mange-t-il du porc : oui  non

Est-il végétarien : oui  non

Autre régime : .....

**ASSURANCE**

Compagnie : .....

N° de contrat : .....

**Fournir copie de l'attestation d'assurance**

**AUTORISATION PARENTALE**

Ayant pris connaissance du fonctionnement de l'Accueil périscolaire ou de Loisirs,  
je soussigné(e) ..... responsable légal  
de l'enfant .....

- **autorise l'Accueil périscolaire ou de Loisirs à reproduire des photos de mon enfant dans le cadre des activités et pour la presse**  
oui  non
- **autorise mon enfant à prendre part à toutes activités et sorties organisées par l'Accueil périscolaire ou de Loisirs**  
oui  non
- **certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche et autorise le responsable de l'Accueil à prendre le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.**  
oui  non

**SORTIE DE L'ENFANT**

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'Accueil périscolaire et de Loisirs :  
(La direction se réserve le droit de demander une pièce d'identité)

Nom et prénom	Lien de parenté	N° Téléphone

**Ou**

- **J'autorise mon enfant à se rendre seul au lieu d'Accueil** oui  non
- **J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu d'Accueil** oui  non




Fait à .....

Le .....






Signature du responsable

## **PIECES A FOURNIR**

### Pour inscription en garderie, aux Nap et ALSH

-  Dossier de liaison sanitaire : *Merci de remplir le plus précisément possible ce dossier afin que nous puissions accueillir votre enfant dans les meilleures conditions*
  -  L'attestation d'assurance individuelle
  -  La photocopie des vaccinations
- 

### Et pour compléter si inscription ALSH

-  En cas d'allergie alimentaire quelle qu'elle soit, apporter un certificat médical svp
-  Attestation CAF précisant le Quotient Familial
-  Pour les personnes non allocataires CAF fournir la dernière feuille d'imposition
-  Un justificatif de domicile (facture EDF, Téléphone, loyer, etc...)
-  Pour les couples divorcés ou séparés, merci de préciser quel mode de garde a été adopté et qui est autorisé à récupérer l'enfant et à quelle période.  
(Copie du jugement).