

	<u>Date et signature du</u> <u>ou des Responsable(s)</u>		<u>Date et signature du</u> <u>ou des Responsable(s)</u>		<u>Date et signature du</u> <u>ou des Responsable(s)</u>
--	---	---	---	---	---

► ENFANT

fille  garçon

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

► Ecole : .....

Classes :  .....  .....  .....

PERE  MERE  AUTRE.....

Nom /Prénom

Mail @ :

Adresse :

CP/Ville

Profession /  
Employeur  
Nom et lieu

Tél. mobile :

Tél. travail :

► ASSISTANTS FAMILIAUX

NOM/ Prénom :

Mail @ :

Adresse :

CP /Ville

Téléphone :

PERE  MERE  AUTRE.....

Nom /Prénom

Mail @ :

Adresse :

CP/Ville

Profession /  
Employeur  
Nom et lieu

Tél. mobile :

Tél. travail :

► Adresse de facturation (si différente): .....

► MEDICAUX

Nom du médecin :

Téléphone :

Recommandations :

► REGIME ALLOCATAIRE

Nom de l'allocataire :

CAF, MSA, autres :

Numéro allocataire :

► N° sécurité sociale

► ASSURANCE

Nom de la compagnie :

► PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents ou responsables légaux)

Nom - Prénom	Lien de parenté	Mobile	Domiciliation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CCBDC - ENFANCE  
**DROIT A L'IMAGE/AUTORISATIONS /FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

NOM : ..... Prénom: ..... fille  garçon

**DROIT A L'IMAGE / RESEAUX SOCIAUX :**

**J'autorise**  **Je n'autorise pas**

L'utilisation de mon image et/ou celle de mon enfant, dans le cadre des moyens de communication, pour une diffusion publique, bulletin communautaire, presse écrite, réseaux sociaux, site internet en sachant que l'utilisation qui pourra en être faite ne portera en aucun cas atteinte à l'intégrité de la personne.

**AUTORISATIONS : HOSPITALISATION/ TRANSPORT/DEPART DE L'ENFANT**

Je, soussigné(e), Monsieur ou /et Madame : .....  
**Agissant en qualité de :**  Père –  Mère –  Tuteur

**Autorise**  **N'autorise pas**, l'équipe de direction, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires.

**Autorise le transport en car ou en minibus** de l'enfant dans le cadre des sorties organisées par les structures.

**Autorise l'enfant, à rentrer seul(e) :**  OUI  NON

**SANTE /VACCINATION : joindre les photocopies des vaccins**

Est-il suivi pour/Préciser : <input type="checkbox"/> Allergies : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Rhumatismes <input type="checkbox"/> Autres :	L'enfant a-t-il déjà eu : <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Autres : ..... .....	Est-t-il fréquemment sujet à : <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Rhino-pharyngite <input type="checkbox"/> Autres :
--	--	--	---

- A-t-il un protocole ?  OUI  NON (Si oui, merci de fournir le protocole)
- A-t-il un traitement ?  OUI  NON
- Devra-t-il suivre ce traitement ou un autre durant une sortie ou un séjour ?  OUI  NON  
*Dans ce cas, fournir les médicaments et l'ordonnance au responsable, au départ, dans un sac fermé avec le nom de l'enfant.*

**Vaccins à jour :**  OUI  NON Si l'enfant a des contre-indications à l'une des vaccinations, fournir un certificat médical

L'enfant porte-t-il ?  
 • Des lunettes :  OUI  NON Quand doit-il les porter ? .....  
 • Un appareil ou une prothèse dentaire :  OUI  NON  
 • Des appareils auditifs  OUI  NON  
 • Autres : .....

L'enfant suit-il un régime alimentaire :  OUI  NON Si oui, lequel ? .....

A-t-il eu une opération chirurgicale récente ?  OUI  NON Si oui, laquelle : ..... Date : ...../...../.....  
 S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  OUI  NON

**Recommandations supplémentaires** (soucis d'énurésie, d'encoprésie, terreurs nocturnes, angoisses.....n'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant) :

.....  
 .....

L'enfant a-t-il un suivi éducatif (éducateur...) ?  OUI Si oui, souhaitez-vous communiquer les coordonnées de la personne :  
**Nom/Prénom/Téléphone/Organisme :** .....  
 .....