

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à informer la Communauté de communes du Pays de Luxeuil de toute évolution de ces informations et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature

### ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE (Joindre l'attestation d'assurance)

Compagnie \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

**Maladies chroniques** : asthme, convulsion, diabète, autres (précisez) :

**Réactions allergiques** : médicaments, aliments, autres (précisez)

Précisez les précautions à prendre :

L'enfant suit-il un **régime alimentaire médical** :  Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un **traitement médical**  Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

**Autres difficultés de santé** : maladie, accident, hospitalisation, opération (précisez)

**Maladies déjà contractées** (faites une croix dans les cases correspondantes)

Scarlatine  Rougeole  Rubéole  Oreillons

Coqueluche  Varicelle  Autres maladies : \_\_\_\_\_

**L'enfant souffre-t-il d'allergies ? (des précisions seront à apporter dans la partie suivante)**

Alimentaires  Médicamenteuses  Asthme  Autres

Précisez dans tous les cas : \_\_\_\_\_

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place dans le domaine scolaire ?

Oui (en informer le directeur de l'accueil de loisirs)  Non

## RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, auditif, semelles orthopédiques, autres (précisez)

---

---

Antécédent particuliers : fractures, entorses, autres (précisez)

---

---

---

---

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION ET DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné Dr \_\_\_\_\_

Atteste que l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

A été soumis aux vaccinations obligatoires

Atteste l'absence de contre-indication à la pratique de activités physiques et sportives adaptées à son âge valables pour toutes les disciplines à l'exception de celles mentionnées par le médecin ( \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_) et de celles comportant des risques particuliers conformément à l'arrêté du 28 avril 2000.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet obligatoire du médecin consulté