



# 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**  
Fille  Garçon  Nom :  Prénom :   
Date de naissance :  Lieu de naissance :   
N° Sécurité Sociale :   
Enfant en situation de handicap : oui  non   
Bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé : oui  non  en cours

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

REmplir ce tableau et photocopier le carnet de sante

Vaccins	oui	non	Dates des derniers rappels
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**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 :