

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

|   |   |
|---|---|
| <b>Nom / Last name</b> : .....  | Date de naissance/ <i>Birth date</i> (D/M/Y): .....           |
| <b>Prénom / First Name</b> : .....                                      | N° de sécurité sociale/ <i>Social Security Number</i> : ..... |
| Garçon/Boy <input type="checkbox"/> Fille/Girl <input type="checkbox"/> |   |

### Renseignements médicaux concernant l'enfant / *Medical information about the child*

Actuellement, l'enfant suit-il : / *Does the child have* :

Un traitement médical ? *Medical treatment* ?

Un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)

Si oui, lequel ? / *If yes, which one* ? .....

Joindre le protocole (P.A.I) ou une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

*Attach the protocol (PAI) or a recent prescription and the corresponding medicines. No medication can be taken without a prescription.*

Médecin de famille / *Family doctor* : ..... ☎ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Vaccinations (se référer au carnet de santé/ *refer to the child's health record*).

Diphtérie / *Diphtheria* : date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tétanos / *Tetanus* : date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Poliomyélite / *Poliomyelitis* : date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? *Has the child already had the following diseases?*

|         | Asthme | Otite | Varicelle | Angine | Rhumatisme | Scarlatine | Coqueluche | Rubéole | Rougeole | Oreillons |
|---------|--------|-------|-----------|--------|------------|------------|------------|---------|----------|-----------|
| Oui/Yes |        |       |           |        |            |            |            |         |          |           |
| Non/No  |        |       |           |        |            |            |            |         |          |           |

### Allergies

Médicaments / *medicines*

Alimentaires / *food*

Autres / *others* : .....

Cause de l'allergie et conduite à tenir / *Cause of the allergy and what to do* : .....

### Recommandations utiles

Régime alimentaires / *Diet*

Appareil dentaire / *dental appliance*

Indication supplémentaire / *Additional information* :

Maladie / *disease*

Appareil auditif / *hearing aid*

Opération/ *operation*

Autres / *Other* : .....

Port de lunettes / *wearing glasses*

### Responsables de l'enfant/ *Responsible for the child*

|                    |   |
|--------------------|---|
| Nom, Prénom :      | ☎ |
| Last Name / Name : | ☎ |

### Personnes autorisées à récupérer l'enfant / *Persons authorized to recover the child*

|                    |   |
|--------------------|---|
| Nom, Prénom :      | ☎ |
| Last Name / Name : | ☎ |

### Droit à l'image/ *Right to image*

Je n'autorise pas

J'autorise

*I authorize*

*I don't authorize*

Le personnel à prendre mon enfant en photo/vidéo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'accueil, à reproduire ou à diffuser les photographies et vidéos, sans contrepartie financière.

*The staff to take my child in photo/video within the framework of an activity during the reception time, to reproduce or distribute the photographs and videos, without financial compensation.*

Je soussigné .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

*I, the undersigned .....legal guardian of the child, declares the information given on this form correct.*

Date :

Signature :