

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023 Valable un an.


Nom de l'enfant Date de naissance/ (J/M/A): Sexe :
 Prénom : N° de sécurité sociale : F M

Adresse du domicile : n° et rue..... Code Postal :Ville:

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Actuellement, l'enfant a un : traitement médical Projet d'Accueil Individualisé Si oui, lequel ?

Joindre le protocole (P.A.I) + ordonnance + médicaments. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Médecin de famille : 

Vaccination (se référer au carnet de santé) : Diphtérie : ___/___/___ Tétanos: ___/___/___ Poliomyélite: ___/___/___

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

	Asthme	Otite	Varicelle	Angine	Rhumatis me	Scarlatine	Coqueluc he	Rubéole	Rougeole	Oreillons
Oui										

Allergie Médicaments:..... Alimentaires:..... Autres:.....

Cause de l'allergie et conduite à tenir :

Régime alimentaires Non Oui, lequel ?

Recommandations utiles Maladie Opération Appareil dentaire Appareil auditif
 Autres..... Indications supplémentaires :


Responsables de l'enfant

Nom, Prénom :  Lien parental :

Nom, Prénom :  Lien parental :

Personnes autorisées à récupérer mon enfant

Nom, Prénom :  Lien parental :

Nom, Prénom :  Lien parental :

Droit à l'image

J'autorise le personnel à prendre mon enfant en photo/vidéo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'accueil et à les:

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enregistrer sur un dossier « drive » (via gmail) dont les parents du club uniquement auront un accès. Publier sur notre site ebihs.fr , les réseaux sociaux, le "year book" de l'association EBIHS
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Autorisation de sortie

Je soussigné(e) autorise mon enfant à participer aux activités extérieures organisées par l'équipe pédagogique du Club.

Je soussigné(e) responsable légal de déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

HEALTH CARD –MEDICAL FORM 2022-2023 Valid one year.

Child's Last Name : Birth date (D/M/Y): Sex :
 Name : Social Security Number..... F M

Home address : n° + street Postcode :City :

Medical information about the child

Does the child have a : Medical treatment? Projet d'Accueil Individualisé If yes, which one ?.....

Attach the protocol (PAI) + prescription + medicines. No medication can be taken without a prescription.

Family doctor : ☎

Vaccination (refer to the child's health record): Diphtheria ___/___/___ Tetanus ___/___/___ Poliomyelitis ___/___/___

Has the child already had the following diseases?

	Asthma	Otitis	Chicken pox	Angina	Rheumatism	Scarlet fever	Whooping cough	Rubella	Measles	Mumps
Yes										

Allergy Medicines:..... Food:..... Others

Cause of the allergy and what to do :

Special diet No Yes, which one ?

Useful recommendations Disease Operation Dental appliance Hearing aid

Others:..... Additional informations :

Responsible for the child

Last Name / Name : ☎Parental Bond :

Last Name / Name : ☎Parental Bond :

Persons authorized to recover the child

Last Name / Name : ☎Parental Bond :

Last Name / Name : ☎Parental Bond :

Right to image

I authorize the staff to take my child's photo/video within the framework of an activity, and to :

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Save to a "drive" folder (via gmail) to which only club parents will have access. |
| <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Publish on our website ebihs.fr, social networks, in the association's "year book". |

Permission to leave

I, the undersigned M. or Mrs..... authorize my child to participate in outdoor activities organized by the Club's educational team.

I, the undersignedlegal guardian of the child, declare the information given on this form correct.

Date :

Signature :