****

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**Document non confidentiel**

Année 2021 /2022

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR L’ENFANT** | | | |
| Nom |  | Prénom |  |
| Date de naissance |  | Age |  |
| Ecole |  | Classe |  |
| Le(s) cours suivi(s) cette année : jours et horaires |  | | |
| L’enfant est-il autorisé à quitter seul le cours ? OUI NON | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE** | | |
| Nom-s et prénom-s du/des responsable-s  Lien avec l’enfant |  | |
| Adresse  Adresse mail |  | |
| Tél. en cas d'urgence (dans le créneau horaire du cours) | Nom : | Tel : |
| Nom : | Tel : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VACCINATIONS OBLIGATOIRES** | | |
| Date dernier rappel | DT Polio |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RECOMMANDATIONS** | |
| Problème de santé nécessitant des mesures particulières : allergies, traitement en cours, traitement d’urgence.  Autres informations jugées importantes à transmettre : décision judiciaire limitant les contacts avec un membre de la famille… |  |

En cas d’urgence, le-la responsable de l’activité présent-e appelle le SAMU. Il-elle s’efforce de prévenir la famille ou autre personne citée par les moyens les plus rapides.

Merci de transmettre à l’association Elan C’ tous changements de coordonnées en cours d’année.

Si décidé par le 15, orientation et transport par les services de secours d’urgence vers l’hôpital le mieux adapté.

Un enfant mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné de sa famille.

Je soussigné-e, ………………………………………………………, responsable légal-e de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date et signature

Joindre à ce document :

* Un certificat médical
* Une attestation d’assurance