



## PERISCOLAIRE ENGWILLER

4 rue de l'école  
67350 Engwiller

Téléphone : / courriel : periscolaire.engwiller@asbr.com

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ANNEE 2015/2016

#### ENFANT

Nom : Prénom :  
Date de naissance : / / Sexe :  féminin  masculin

#### Coordonnées des parents et/ou représentants légaux :

Nom – Prénom	Adresse	Téléphone fixe	Téléphone portable	Téléphone professionnel

#### AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Autres personnes :

Nom – Prénom	Adresse	Téléphone fixe	Téléphone portable	Téléphone professionnel

#### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins obligatoires : Diphtérie – tétanos – Poliomyélite à jour :  oui, date du dernier rappel : .....

Vaccins recommandés : Hépatite B : date : ..... ROR : date : ..... Coqueluche : date : .....

Autres : préciser : .....

**Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou un certificat médical attestant les vaccinations.**

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

- Angine     Oreillons     Scarlatine     Varicelle     Coqueluche  
 Rougeole     Rubéole     Otite     Rhumatisme articulaire aigu



Port de :  lentilles     lunettes     prothèses auditives     prothèses dentaires  
Autres à préciser : .....

### SANTE DE L'ENFANT

Allergie(s) alimentaire(s) médicalement justifiée(s) :  oui Préciser : .....

Asthme :  oui    Autre problème de santé :  oui Préciser : .....

En cas de réponse positive : contacter la direction de l'accueil périscolaire pour étudier la nécessité de mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

PAI déjà en place :     oui →

si oui, fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être remis à la direction de l'Accueil périscolaire s'assurant, au préalable, de la validité des médicaments fournis.

Allergie(s) médicamenteuse(s) :  oui Préciser : .....

### ASSURANCE

Nom du centre de Sécurité Sociale : ..... Numéro de sécurité sociale : .....

Assurance responsabilité civile : compagnie : ..... Numéro de contrat : .....

***Joindre la copie du contrat d'assurance avec l'option extra scolaire.***

L'enfant est-il autorisé à participer aux activités physiques et sportives organisées par l'Accueil périscolaire ?

oui     non

Si non précisez ci-dessous. Un certificat médical pourra être exigé. L'admission pourra être refusée.

Je soussigné(e),.....  
, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'AASBR à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer l'AASBR de toute modification relative à mes coordonnées ou à l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

A ....., le ..... Nom/Prénom

Représentant 1

Représentant 2

Signature

Signature