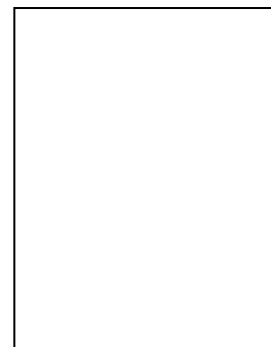


FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

**PARI-GRANDIR**



**ENFANT**

Nom : .....Prénom : .....  
Date de Naissance : .....Ecole fréquentée : .....

**PARENTS**

**Père / Mère**

Nom : .....Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....Ville : .....  
Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....  
Téléphone bureau : ..... E-mail : .....@.....

**Mère / Père**

Nom : .....Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....Ville : .....  
Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....  
Téléphone bureau : ..... E-mail : .....@.....

**Liste des personnes à contacter en cas d'urgence : si différent du père et de la mère**

Qualité : .....  
Nom : .....Prénom : .....  
Téléphone domicile : .....Téléphone portable : .....  
Téléphone bureau : .....

Qualité : .....  
Nom : .....Prénom : .....  
Téléphone domicile : .....Téléphone portable : .....  
Téléphone bureau : .....

**Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant: si différent du père et de la mère**

Qualité : .....  
Nom : .....Prénom : .....  
Téléphone domicile : .....Téléphone portable : .....  
Téléphone bureau : .....

Qualité : .....  
Nom : .....Prénom : .....  
Téléphone domicile : .....Téléphone portable : .....  
Téléphone bureau : .....

Qualité : .....  
Nom : .....Prénom : .....  
Téléphone domicile : .....Téléphone portable : .....  
Téléphone bureau : .....

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES CONCERNANT L'ENFANT

### **VACCINATIONS :**

Remplir à partir du carnet de santé de l'enfant et /ou joindre les photocopies des pages correspondantes. Si vous souhaitez que ces renseignements restent confidentiels, merci de les transmettre au responsable du centre dans une enveloppe cachetée.

VACCINS	DATES	VACCINS	DATES
DT Polio		Hépatite B	
Tétracoq		R.O.R	
BCG		Coqueluche	

	ALLERGIES	
ASTHME	OUI	NON
ALIMENTAIRE	OUI	NON
MEDICAMENTEUSE	OUI	NON

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**Indiquez si l'enfant a ou a eu des difficultés de santé** (maladies, accidents, allergies, hospitalisations) :

.....  
.....

**Votre enfant suit-il actuellement un traitement ?**

OUI NON

Si oui, lequel? .....

(si l'enfant doit suivre un traitement pendant sa présence au centre, merci de joindre l'ordonnance aux médicaments)

### MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone cabinet : ..... Téléphone portable : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

Ville : .....

## ACTIVITES & SORTIES PEDAGOGIQUES

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant :

- A quitter seul(e) le centre Pari-Grandir à la fin des activités

OUI NON

- A participer à toutes activités & sorties pédagogiques organisées par Pari-Grandir, durant les horaires pendant lesquels Pari-grandir en a la charge, quel que soit le mode de transport.

OUI NON

**COMPOSITION DU REPAS (Mercredis & Vacances Scolaires)**

Je soussigné(e) .....déclare être responsable de la composition du repas de mon enfant.

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre Pari-Grandir à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :