



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

NOM : _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : _____ Garçon Fille
Ecole : _____ **Classe :** _____

Nom et Prénom du PERE : _____ - Adresse : _____ _____ N° tél domicile : _____ E-mail : _____ N° portable : _____ N° Travail : _____ Profession : _____ <u>Autre Personne pouvant être contactée en cas d'urgence :</u> Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom de la MERE : _____ - Adresse : _____ _____ N° tél domicile : _____ E-mail : _____ N° portable : _____ N° Travail : _____ Profession : _____ _____ <u>Lien avec l'enfant :</u> _____ N° tél domicile : _____ N° tél portable ou travail : _____
---	--

N° de Sécurité Sociale dont dépend l'enfant : _____

N° d'Allocataire CAF : _____

Quelles sont les personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

Nom - Prénom	Téléphone	Lien (Grand-parent, nourrice, baby-sitter...)

Tourner **SVP**

1° - Assurance :

Compagnie : _____
Numéro de contrat : _____

2° - Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boite de médicaments dans leur boite d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament de pourra être pris sans ordonnance

Allergies : Alimentaire : Oui Non Médicamenteuse : Oui Non
 Asthme : Oui Non Enurésie : Oui Non

Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation...) en précisant les dates et précautions à prendre :

3° - Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ...

4° - En cas d'urgence (Personnes (par ordre) à prévenir en cas d'urgence) :

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

(Joindre une copie du carnet de vaccinations en plus du certificat médical)

Les données personnelles recueillies par le biais de ce formulaire sont requises légalement pour la sécurité de votre enfant. Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers. Les données saisies sur ce formulaire sont conservées pour une durée de 1 année. Le responsable du traitement est Monsieur Loïc DOUART. Vous pouvez demander l'accès à vos données personnelles, la rectification ou l'effacement de celles-ci en vous adressant à : **Foyer Laïque de St Marc, Délégué à la protection des données, 12 rue du Docteur Floch - 29200 Brest** ou par courriel à : fism2@orange.fr

Je soussigné (e) _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature du représentant légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

NOM : _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : _____ Garçon Fille
Ecole : _____ **Classe :** _____

Nom et Prénom du PERE : _____ - Adresse : _____ _____ N° tél domicile : _____ E-mail : _____ N° portable : _____ N° Travail : _____ Profession : _____ <u>Autre Personne pouvant être contactée en cas d'urgence :</u> Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom de la MERE : _____ - Adresse : _____ _____ N° tél domicile : _____ E-mail : _____ N° portable : _____ N° Travail : _____ Profession : _____ <u>Lien avec l'enfant :</u> _____ N° tél domicile : _____ N° tél portable ou travail : _____
---	--

N° de Sécurité Sociale dont dépend l'enfant : _____

N° d'Allocataire CAF : _____

Quelles sont les personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

Nom - Prénom	Téléphone	Lien (Grand-parent, nourrice, baby-sitter...)

Tourner **SVP**

1° - **Assurance** :

Compagnie : _____

Numéro de contrat : _____

2° - **Renseignements médicaux concernant l'enfant** :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament de pourra être pris sans ordonnance

Allergies : Alimentaire : Oui Non Médicamenteuse : Oui Non

 Asthme : Oui Non Enurésie : Oui Non

Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation...) en précisant les dates et précautions à prendre :

3° - **Recommandations utiles des parents** :

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ...

4° - **En cas d'urgence (Personnes (par ordre) à prévenir en cas d'urgence)** :

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

(Joindre une copie du carnet de vaccinations en plus du certificat médical)

Les données personnelles recueillies par le biais de ce formulaire sont requises légalement pour la sécurité de votre enfant. Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers. Les données saisies sur ce formulaire sont conservées pour une durée de 1 année. Le responsable du traitement est Monsieur Loïc DOUART. Vous pouvez demander l'accès à vos données personnelles, la rectification ou l'effacement de celles-ci en vous adressant à : **Foyer Laique de St Marc, Délégué à la protection des données, 12 rue du Docteur Floch - 29200 Brest** ou par courriel à : flsm2@orange.fr

Je soussigné (e) _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature du représentant légal :

