



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020-2021

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  Garçon  Fille

ECOLE : \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_

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

N° de Sécurité Sociale dont dépend l'enfant : \_\_\_\_\_

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 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 : \_\_\_\_\_

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 : [flsm2@orange.fr](mailto: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 :