Fiche Sanitaire de Liaison – Evenement organisé par La Maison École Montessori

Période : du \_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Informations sur l’enfant

Nom : ....................................................

Prénom : ................................................

Date de naissance : .......... / .......... / ..........

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

Adresse : ............................................................................................

Classe / Groupe : ...................................................................................

# 2. Responsable(s) légal(aux)

Nom et prénom : ....................................................

Lien avec l’enfant : ................................................

Adresse (si différente) : ...........................................

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

Téléphone domicile / travail : ......................................

Personne à prévenir en cas d’urgence (si différente) :

Nom et prénom : ................................................

Téléphone : ............................................................

# 3. Informations médicales

L’enfant est-il à jour de ses vaccinations obligatoires ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez lesquelles : ..............................................

Traitement médical en cours : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez (nom du médicament, posologie, moment de prise) :

.......................................................................................

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : ..................................................................................

Antécédents médicaux importants (asthme, épilepsie, etc.) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : ...............................................................................

L’enfant porte-t-il :

- des lunettes ? ☐ Oui ☐ Non

- un appareil dentaire ? ☐ Oui ☐ Non

- un appareil auditif ? ☐ Oui ☐ Non

- autre (précisez) : ..................................................

# 4. Autorisations

J’autorise l’équipe encadrante à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d’urgence médicale, y compris l’hospitalisation si nécessaire. ☐ Oui ☐ Non

J’autorise l’administration de médicaments de premiers secours (paracétamol, antiseptique, etc.) en cas de besoin. ☐ Oui ☐ Non

Précisez si contre-indication : ......................................................

J’autorise mon enfant à participer à l’ensemble des activités prévues par le programme (sauf mention contraire précisée ici) : ☐ Oui ☐ Non

Restrictions éventuelles : ...................................................................

# 5. Médecin traitant (facultatif)

Nom : ....................................................

Téléphone : ....................................................

Engagement du responsable légal

Je certifie l’exactitude des renseignements portés ci-dessus et m’engage à informer l’organisateur de toute modification avant le début de l’accueil.

Fait à : ...................................., le .......... / .......... / ..........

Signature du représentant légal : ...............................................