



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

**Veillez-vous munir du carnet de santé de l'enfant lors de la visite chez le médecin.**

**NOM**..... **PRENOM**.....  
 Date de naissance..... Poids..... Sexe.....

**VACCINS A jour du DT Polio** OUI  NON

**ALLERGIES** OUI  NON   
 si oui, lesquelles.....

**MALADIE** Rougeole  Rubéole  Varicelle  Coqueluche  Scarlatine

**CONTRE INDICATIONS MEDICALES**

**Médicaments**  
 Vaccins-sérum.....

**TRAITEMENT PARTICULIER / P.A.I** OUI  NON   
 (joindre l'original l'ordonnance)

**ALIMENTATION OU REGIME PARTICULIER** OUI  NON   
 si oui, lequel (si raison médicale, joindre le P.A.I)

**L'ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ?** OUI  NON   
 si oui, lequel.....

**L'ENFANT EST-IL DECLARE EN M.D.P.H?** OUI  NON

**L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ETRE ACCOMPAGNE PAR UNE A.V.P** OUI  NON   
 Auxiliaire de vie périscolaire / extrascolaire)

**PORT D'UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes...)** OUI  NON   
 si oui, lequel.....

**OPERATIONS** OUI  NON   
 si oui, lesquelles.....

**L'ENFANT EST-IL APTE A LA PRATIQUE SPORTIVE** OUI  NON   
 Nautiques, plein air, motorisées, combat)  
 si non, préciser.....

<b>L'enfant est-il</b>	Hémophile	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Cardiaque	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Enurétique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Epileptique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	Asthmatique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Diabétique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

**OBSERVATIONS PARTICULIERES CONCERNANT L'ENFANT**

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

<b>DATE</b> ...../...../.....	<b>SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN</b>
----------------------------------	---------------------------------------



INSCRIPTION  REINSCRIPTION

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : F  M

Né(e) le : ...../...../..... Age : .....

Adresse : .....

Établissement scolaire : ..... Classe : .....

Adresse mail(obligatoire) : .....

**Responsables de l'enfant :**

Mère : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. portable : ..... Dom. : ..... Prof. : .....

Adresse mail (obligatoire) : .....

N° Sécurité sociale : ..... CMU : OUI  NON

Père : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. portable : ..... Dom. : ..... Prof. : .....

N° Sécurité sociale : ..... CMU : OUI  NON

**Noms et coordonnées de l'assurance des parents** .....

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom, prénom : ..... Lien de parenté .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

**Information complémentaire**

Personnes autorisées à venir récupérer mon enfant :

Nom/Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél. : .....

Autorise les responsables du dispositif TONUS à faire le nécessaire en cas d'urgence auprès des autorités compétentes (médecin, hospitalisation, urgence). Oui  Non

Autorise le dispositif TONUS, dans le cadre des activités proposées et des conditions du stricte respect du droit à l'image, à la reproduction et à la diffusion à but non commercial de photographies de mon enfant (blog, site de la ville et Auber mensuel). Oui  Non

Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin de l'activité). Oui  Non

**INFORMATION COVID**

Si l'enfant présente de la fièvre, touse ou les deux, s'il a été en contact avec une personne présentant des symptômes, merci de le garder à la maison.

**Quelques questions**

**Où avez-vous pris votre fiche d'inscription ?**

Ecole  Tonus   
Gymnases ou stades   
Autre.....

**A quelle période des vacances ?**

Toussaint  Noël  Hiver   
Printemps  Été

Date et signature des parents ou responsable légale de l'enfant  
A AUBERVILLIERS..... Le ..... / ..... / .....

**SIGNATURE DES PARENTS**