

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

TÉLÉPHONE :

N° Sécurité Sociale :

N° CAF :

E-mail :

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse Père (Rue, CP, Ville) :

Adresse Mère (Rue, CP, Ville) :

N° Téléphone / père :

N° Téléphone / mère :

Mon enfant viendra SEUL ou ACCOMPAGNÉ (Nom) :

2 - VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant > **Photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres :	
OU Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / séjour ?
 Si oui, lequel (ou lesquels) :

À titre indicatif, l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :	Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres :
	Alimentaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Médicamenteuses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (voir protocole)

P.A.I > projet d'accueil individualisé en cours Oui Non
 Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les précautions à prendre**

3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il des lentilles Oui Non
 Des lunettes Oui Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)
 Des prothèses auditives Oui Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)
 Des prothèses dentaire Oui Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)
 Autres recommandations, précisez (ex : qualité de peau, crème solaire, ...) :

3 - AUTORISATION

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportifs Oui Non
 J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées Oui Non
 Autorisation de transport en véhicules de service et car de location Oui Non

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions un médecin et/ou un service d'urgence **seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

Date :

Signature