



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE, GARÇON, FILLE

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

Table with columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell contains OUI NON checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON AUTRES OUI NON

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours  OUI  NON (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 COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES :  OUI  NON

DES LUNETTES :  OUI  NON *si besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHÈSES AUDITIVES :  OUI  NON *si besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE :  OUI  NON *si besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :  OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :  OUI  NON

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location :  OUI  NON

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM  PRÉNOM

ADRESSE

TÉL.FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE

BUREAU

(Facultatif) NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

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 d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date  Signature :