

L'ENFANT

**FICHE
SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE
 POIDS :kg Taille :cm

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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 ?

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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSE oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (ci dessous)

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 – PRATIQUES ALIMENTAIRES

Sans viande Sans porc Autre :

4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (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 ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
 EST - IL MALADE EN BUS : oui non
 PEUT - IL ETRE MAQUILLÉ POUR DES ACTIVITÉS (grand jeu...) : oui non
 SI VOTRE ENFANT EST UNE FILLE, EST - ELLE REGLÉE : oui non

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

5- 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
 J'autorise l'équipe d'animation à appliquer de la crème solaire à mon enfant en cas de nécessiter : oui non

Je donne pouvoir au responsable du centre ou à défaut son adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, faire pratiquer des examens médicaux et ou de faire hospitaliser mes enfants en cas d'urgence : oui non

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mes enfants au cas où. victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, ils auraient à subir une intervention chirurgicale: oui non

6 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
 ADRESSE

MÈRE :
 TÉL. FIXE : PORT :BUREAU :
PERE:
 TÉL. FIXE : PORT :BUREAU :

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE LES PARENTS :
 NOM PRÉNOM
 TÉL. FIXE : PORT :BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée,responsable légal 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.

Date : _____ Signature : _____