

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon ☐ Fille ☐

Adresse : _____

Régime Alimentaire :

☐ Standard ☐ Sans viande ☐ Sans porc

1 – VACCINATIONS (Joindre une copie nominative du carnet de santé partie vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Aux pathologies chroniques ou aiguës en cours ; le cas échéant, les coordonnées du médecin traitant seront fournies. Si un traitement est à prendre durant tout ou partie du temps de l'accueil, l'ordonnance du médecin devra être jointe et, s'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites (voir PAI au dos du document). Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom du mineur devra être inscrit sur l'emballage.

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT SA PRESENCE AU CENTRE DE LOISIRS ?

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. Les médicaments sont à remettre en main propre au directeur de la structure d'accueil (Ne pas les laisser dans le sac de l'enfant).**

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

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

PRECISEZ 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 :

AUX ANTECEDENTS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) OU A TOUT AUTRE ELEMENT D'ORDRE MEDICAL, CONSIDERES PAR LES PARENTS OU LE RESPONSABLE LEGAL DU MINEUR COMME SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEROULEMENT DE L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT ;

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (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

Autres recommandations :

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 ☐

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

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, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :