



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite quand elle sera obsolète ou que votre enfant ne viendra plus. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année scolaire. Mettre RAS s'il n'y a rien à signaler dans les catégories.

1 - VACCINATIONS

Vous devez nous fournir la photocopie des pages du carnet de santé concernant les vaccins. C'est une obligation pour l'inscription de votre enfant aux services de l'accueil de loisirs.
(si vous ne possédez plus le carnet de santé nous vous invitons à demander un certificat à votre médecin)

➤ Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

2- RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

ATTENTION : seuls les traitements pour l'asthme et les PAI (protocole d'accueil individualisé) sont acceptés. Joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (les médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant et avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Nous n'acceptons pas les autres traitements. Merci de vous organiser avec votre médecin pour répartir les prises en dehors des services de l'accueil de loisirs.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

Allergies : ASTHME : Oui Non - ALIMENTAIRES : Oui Non - MÉDICAMENTEUSE : Oui Non
AUTRE(S) : _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après :

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

L'enfant a-t-il acquis la propreté (WC) ? oui non en cours d'acquisition

Si l'enfant est une fille est-elle réglée ? oui non

Recommandations utiles des parents / tuteurs - de l'enfant :

votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, appareil dentaire etc. Précisez.

Informations diverses :

3- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Autre : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

4- AUTRE INFORMATIONS UTILES

Médecin traitant :

Nom : _____ tél : _____ ville : _____

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature(s) : _____