

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON****L'ENFANT**

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

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Pneumocoque	
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 MÉDICAUX 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	ASTHME
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"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE	ROSEOLE	SCARLATINE		
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 :** MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non 

AUTRES (précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir) .....

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ 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 lunettes : oui  non Des lunettes : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfantDes prothèses auditives : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfantDes prothèses ou appareils dentaires : oui  non  au 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 :

Portable : Domicile :

Nom et tél du médecin traitant(FACULTATIF) :

Je soussigné(e), .....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 :