

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (joindre OBLIGATOIREMENT les photocopies du carnet de santé de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie		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

3 - 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.**

A titre indicatif 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	
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 MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

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)

.....

En cas de régime alimentaire, précisez : SANS VIANDE SANS PORC SANS SEL

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, COMPORTEMENT PARTICULIER, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses auditives, un appareil dentaire, ...
Précisez :

.....
Autres recommandations, précisez (ex : qualité de peau, crème solaire, maquillage, énurésie nocturne, difficultés de sommeil, ...) :
.....
.....

BAGNADE : sait nager se débrouille ne sait pas nager

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

ADRESSE MAIL :

NUMEROS DE TELEPHONE :

MERE. Domicile : Portable : Travail :

PERE. Domicile : Portable : Travail :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour 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.

MÉDECIN TRAITANT :

NOM TÉL.....

N° SECURITÉ SOCIALE DE L'ENFANT:

6 - 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

Dans le cadre des activités pédagogiques réalisées dans le centre par les enfants, des photos, enregistrements sonores ou créations de toutes natures peuvent faire l'objet de diffusions à des fins non commerciales et dans un but strictement pédagogique ou éducatif ou informatique.

Ces diffusions doivent s'inscrire dans la réglementation propre à la protection de la vie privée des enfants et à la propriété littéraire et artistique.

C'est pourquoi un accord est nécessaire de votre part. Vous pouvez donner votre accord pour tout ou partie des activités prévues. Merci de le préciser et de signer ce document après avoir porté la mention « Lu et approuvé – Bon pour accord ».

Date :

Signature :