

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(A RENOUELER CHAQUE ANNEE)

NOM DE L'ENFANT : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Ecole et classe fréquentée : _____

Sexe : fille garçon

L'enfant est-il pupille de l'état ou bénéficiaire d'un placement ? OUI NON

Nom et prénom du responsable de l'enfant (père, mère, tuteur) : _____

Adresse : _____

Numéros de téléphone : _____

Profession des parents : _____

Allocataire : CAF MSA SNCF Régime général

Numéro allocataire CAF : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

VACCINATION : (à compléter précisément ou joindre copie des vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/oreillons/rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Autres				BCG	

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ? OUI NON

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il une allergie connue ? OUI NON

Si oui, préciser laquelle, la cause et la conduite à tenir : _____

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Indiquer si l'enfant connaît ou a connu des difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, crises, rééducation, etc.) avec les dates et précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS / AUTORISATIONS :

L'enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON

L'enfant porte-t-il des lentilles ? OUI NON

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? OUI NON

Autres recommandations (sieste, doudou, tétine, rituels, énurésie, Protocole Alimentaire Individualisé, appétit, contre-indication pour des activités, acquisition nage, etc.)

En cas d'urgence, prévenir :

M. _____

Tél : _____

M. _____

Tél : _____

Médecin traitant : _____

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre : OUI NON

Les personnes autorisées à venir chercher mon enfant sont :

Nom, qualité : _____

Nom, qualité : _____

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.

Date :

Signature :