

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### IDENTITE

GARÇON       FILLE       Nom : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

1 — VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES (des derniers rappels)	VACCINS BLIGATOIRES (après 2018)	DATES (des derniers rappels)
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Pneumocoque	
Ou Tétracoq				Infections invasives à haemophilus influenzae de type B.	
				Méningocoque C	

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

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 OUI O      NON O	VARICELLE OUI O      NON O	ANGINE OUI O NON O	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI O      NON O	SCARLATINE OUI O      NON O
COQUELUCHE OUI O      NON O	OTITE OUI O NON O	ROUGEOLE OUI O NON O	OREILLONS OUI O      NON O	ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES OUI O      NON O
ALLERGIES ALIMENTAIRES OUI O      NON O	ASTHME OUI O      NON O	Autre :		

**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 ci-après :**

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

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

**3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (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 / 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.....

TÉL. 0590..... 0690..... 0690.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

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 :