



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2021/2022

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE PORTABLE : ..... TÉLÉPHONE FIXE : .....

TÉLÉPHONE BUREAU : .....

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) .....

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracop					
BCG					

**Attention !!! Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires joindre un certificat médical de non-contre-indication**

**Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<b>ANGINE</b>				<b>RUBEOLE</b>				<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b>				<b>SCARLATINE</b>			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
<b>COQUELUCHE</b>				<b>ROUGEOLE</b>				<b>OREILLONS</b>							
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON					

**ALLERGIES :**

ASTHME OUI  NON

MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON

AUTRES : .....

**PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

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

**INDIQUER CI-APRÈS :**

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

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ....

Précisez :

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

Je soussigné, ..... 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 :