

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE</h1> <h2 style="margin: 0;">de LIAISON</h2>	LE JEUNE
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

### 1. VACCINATIONS

OBLIGATOIRE - AJOUTER UNE COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTE DU JEUNE

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour? Oui  Non

SI OUI JOINDRE UNE ORDONNANCE RECENTE ET LES MEDICAMENTS 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 : LE JEUNE 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

MEDICAMENTEUSES            oui  non

ALIMENTAIRES    oui  non

AUTRES .....

PRECISEZ 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)

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES : les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

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

### 3. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (A 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, si celles-ci sont autorisées par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires imposées face au Covid 19: Oui  Non

Autorisation de transport par car de location si ceux-ci sont autorisés par les autorités et dans le respect des mesures sanitaires imposées face au Covid 19 : Oui  Non

### 5. RESPONSABLE DU JEUNE

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE ..... CODE POSTAL .....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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 : ..... 2020

Signature : .....