

<h1>FICHE SANITAIRE de LIAISON</h1>	L'ENFANT	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
GARÇON <input type="checkbox"/>		FILLE <input type="checkbox"/>

## 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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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 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

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 (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, 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 DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

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

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 :