

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : |_|_|_|_|_|_|_|_| GARÇON FILLE

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (auquel est rattaché l'enfant) :

2 - 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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas le vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre—indication

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit un traitement vous devez en informer l'équipe d'animation.

Dans ce cas 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 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			
	OUI	NON	PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)
ASTHMES		
ALIMENTAIRES		
MÉDICAMENTEUSES		
Autre.....		

DIFFICULTÉS DE SANTÉ		
DIFFICULTÉS DE SANTÉ	DATES	PRÉCAUTION À PRENDRE
MALADIES		
ACCIDENTS		
CRISES CONVULSIVES		
HOSPITALISATIONS		
OPÉRATIONS		
RÉÉDUCTIONS		

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE

- Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses dentaires
 Autre (préciser).....

L'enfant mouille t'il son lit ? Oui Non Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Oui Non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

ADRESSE
.....
.....

NUMEROS DE TELEPHONE :

Mère : domicile : Potable : Travail:
 Père : domicile : Portable : Travail :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)

Je soussigné (e) , Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du centre de loisirs à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :