

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre la copie du carnet de santé.

Document confidentiel

IDENTITÉ DU MINEUR :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ FILLE ☐

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

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	
Ou DT polio ou DTP				BCG	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				Haemophilus	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids :kg ; Taille :cm

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui ☐ non ☐

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant 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 administré sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui ☐ non ☐ Précisez.....

SI OUI, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL PRÉCISANT LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

PORT DE LUNETTES, DE LENTILLES, D'APPAREIL DENTAIRE OU AUDITIF, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, HYPERACTIVITÉ, HANDICAP, ETC...MERCI DE PRÉCISER.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RESPONSABLES DU MINEUR

⇒ **RESPONSABLE N°1 : NOM/PRÉNOM**

ADRESSE

.....

TÉL. FIXE DOMICILE ET/OU PORTABLE :

TÉL. TRAVAIL :

⇒ **RESPONSABLE N°2 : NOM/PRÉNOM**

.....

ADRESSE

.....

TÉL. FIXE DOMICILE ET/OU PORTABLE :

TÉL. TRAVAIL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e) responsable légal(e) 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 rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :