

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

De septembre 2023

à août 2024

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LE TEMPS PERISCOLAIRE, EXTRASCOLAIRE ET TEMPS MERIDIEN-
VACCINATIONS (joindre copie du carnet de santé ou joindre les 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 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.

- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?

oui

non

Si oui joindre IMPÉRATIVEMENT le PAI établi par le médecin, l'ordonnance récente et les boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant ainsi que la notice

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

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

ALLERGIES : ASTHME

oui

non

MÉDICAMENTEUSE

oui

non

ALIMENTAIRES

oui

non

AUTRES



PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE 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**.

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

- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE

.....

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 le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Le responsable légal de l'enfant doit informer le responsable de l'accueil de loisirs de tous changement lié à la fiche sanitaire. La fiche sanitaire de liaison a une validité d'un an avec destructions des informations chaque année par nos soins.

Date : Signature :