

Accueils de Loisirs Sans Hébergement / Séjours d'été Saison 2022

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------------------|------------------------------|--|
| FICHE SANITAIRE DE LIAISON | L'ENFANT | | | |
| | NOM : | | | |
| | PRENOM : | | | |
| | Né(e) le : | | | |
| | Sexe : | <input type="radio"/> fille | <input type="radio"/> garçon | |
| N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché : | | | | |

VACCINATIONS (joindre une copie du carnet de santé ou du carnet de vaccination de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|----------------------------|-----|----------------------------|-------|
| | oui | non | | |
| Diptérie | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | Autres (précisez) | |
| 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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence aux accueils de loisirs / Camps ?

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

A TITRE INDICATIF : 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 aigu <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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Alimentaires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Médicamenteuses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Autres <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
|-------------|--|--|---|--|

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

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

Votre enfant porte-t-il : des lentilles OUI NON des prothèses auditives OUI NON
des lunettes OUI NON des appareils dentaires OUI NON

Autres (précisez) :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Régime alimentaire : normal sans porc sans viande autre (précisez) _____

COMPLEMENTS D'INFORMATIONS A LA VIE QUOTIDIENNE

L'enfant a-t-il besoin d'aide à l'habillage (ex : chaussures, veste,...) ? OUI NON

L'enfant sait-il se rendre seul aux toilettes ? OUI NON

L'enfant a-t-il besoin d'aide au repas (ex : couper la viande) ? OUI NON

L'enfant sait-il se faire comprendre ? OUI NON

L'enfant a-t-il des angoisses à l'idée de la vie en collectivité ? OUI NON

AUTORISATIONS PARENTALES

DURANT LES ACCUEILS DE LOISIRS OU LES CAMPS :

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives proposées : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI NON

J'autorise que mon enfant soit transporté en véhicule de service et en car de location : OUI NON

LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

Adresse

Tél fixe : Tél portable :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des accueils à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature :