

<h2>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	L'ENFANT
	NOM : <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>
	PRENOM : <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>
	Né(e) le : <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>
	Sexe : <input type="radio"/> fille <input type="radio"/> garçon
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #e0e0e0;"> <p>N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :</p> <p>.....</p> </div>	

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 végétarien

COMPLEMENTS D'INFORMATIONS

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
L'enfant sait-il nager ? 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 ou 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 :