

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles lors de la présence de l'enfant en accueils de loisirs.*

### 1 - ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  Fille  Garçon

**Repas :**  classique  sans viande  végétarien

### 2 – VACCINATIONS :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication ! Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

Pour les enfants nés avant le 01.01.2018, seul le DTP est obligatoire.

VACCINS	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL
*Diphtérie			*Pneumocoques		
*Tétanos			Méningocoques C		
*Poliomyélite			*ROR		
*Coqueluche			BCG		
*Haemophilus Influenzae de type			Autre :		
*Hépatite B			Autre :		

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les horaires du centre de loisirs ?  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 pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? :

Rubéole	Varicelle	Scarlatine	Coqueluche	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

L'enfant a-t-il des allergies ? :

Asthme :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non

Médicamenteuses :  Oui  Non

Autres : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  Oui  Non

Quelles sont les causes de l'allergie et la conduite à tenir en cas de crise ? ( si automédication, le préciser )

---



---



---



---



---

**Difficultés de santé de l'enfant :**

Indiquez ci-après si l'enfant à des difficultés de santé ( maladie, hospitalisation, opérations, crises convulsives, rééducation ) qui nécessitent des précautions à prendre lors des activités des centres de loisirs.

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires .... Etc. ?

**Mon enfant bénéficie d'une aide AEEH** (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)  Oui  Non

Votre enfant est-il suivi par un professionnel de santé ? ( orthophoniste, CAMPS, IME, Hôpital de jour, CMPP...)

**Nom et coordonnées du médecin traitant :**

**5 - COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER (parents compris) :**

1 → **Nom -Prénom :** \_\_\_\_\_  Informations + Urgences  Urgences seulement

N° tel portable : \_\_\_\_\_ N° tel professionnel : \_\_\_\_\_

2 → **Nom -Prénom :** \_\_\_\_\_  Informations + Urgences  Urgences seulement

N° tel portable : \_\_\_\_\_ N° tel professionnel : \_\_\_\_\_

3 → **Nom -Prénom :** \_\_\_\_\_  Informations + Urgences  Urgences seulement

N° tel portable : \_\_\_\_\_ N° tel professionnel : \_\_\_\_\_

**6 - PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents) :**

NOM PRENOM	NUMERO DE TEL	LIEN DE PARENTÉ

Je soussigné, \_\_\_\_\_ 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.

Date :

Signature :