

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(A RENOUELER CHAQUE ANNEE)

NOM DE L'ENFANT : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Ecole et classe fréquentée : _____

Sexe : fille garçon

Lieu de l'accueil de loisirs : _____

L'enfant est-il pupille de l'état ou bénéficiaire d'un placement ? OUI NON

Assurance et numéro de police : _____

Noms et prénoms des responsables de l'enfant (père, mère, tuteur) :

Adresse : _____

Numéros de téléphone (domicile et/ou bureau) : _____

Mail : _____

Mail : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

VACCINATION : (à compléter précisément et joindre la copie des vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI		NON		DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole/oreillons/rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
						BCG	
						Autres	

Si l'enfant n'a reçu pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ? OUI NON

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il une allergie connue : OUI NON
 Si oui, préciser laquelle, la cause et la conduite à tenir : (Si PAI, merci de nous joindre une copie)

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

RUBEOLE <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 <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	

Indiquer si l'enfant connaît ou a connu des difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, crises, rééducation, etc.) avec les dates et précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS / AUTORISATIONS :

L'enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON
 L'enfant porte-t-il des lentilles ? OUI NON
 L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? OUI NON
 L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ? OUI NON
 Autres recommandations (sieste, doudou, tétine, rituels, énurésie, Protocole Alimentaire Individualisé, appétit, contre-indication pour des activités, acquisition nage, etc.)

En cas d'urgence, prévenir :

M. _____ Tél : _____

M. _____ Tél : _____

Médecin traitant : _____

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre : OUI NON

J'autorise l'UFCV à utiliser les photographies qui seraient prises de mon enfant au cours d'activités : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux activités (physiques, sportives et/ou de plein nature, etc.) : OUI NON

Je soussigné(e), _____ responsable légal 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____