



Fiche Sanitaire de liaison

1 L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de Naissance :/...../..... Garçon Fille

2 RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Père Mère Autre (Merci de préciser) :

Adresse : CP : Ville :

Père : Tél port : Tél maison : Tél prof :

Mère : Tél port : Tél maison : Tél prof :

Numéro de sécurité sociale :

3 VACCINATIONS

J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccinations et joins la copie du carnet de vaccinations

J'atteste que mon enfant ne satisfait pas aux obligations de vaccinations et joins le certificat médical de contre-indication

ATTENTION ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

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.

Votre enfant à t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Oreillons	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Particularités sanitaires/Allergies :

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Si autre, préciser ci-contre :

Votre enfant possède-t-il un PAI ? OUI NON

Si oui, merci de faire remplir par votre médecin traitant le PAI de l'accueil de loisirs (différent de celui de l'école)

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les

dates et les précautions à prendre :

5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, suit-il un régime alimentaire etc... précisez :

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (traitement, hospitalisation) et la pratique de toutes interventions chirurgicales ou anesthésiques décidées par un médecin. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Le :

Signature :