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 (boites 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 ☐ NON ☐	**Scarlatine**	OUI ☐ NON ☐
Rhumatisme articulaire aigu	OUI ☐ NON ☐	**Rougeole**	OUI ☐ NON ☐
Otite	OUI ☐ NON ☐	**Angine**	OUI ☐ NON ☐
Varicelle	OUI ☐ NON ☐	**Coqueluche**	OUI ☐ NON ☐
		Oreillons	OUI ☐ NON ☐

Particularités sanitaires/Allergies :

Asthme	OUI ☐ NON ☐
Médicamenteuses	OUI ☐ NON ☐
Alimentaires	OUI ☐ NON ☐

Si autre, préciser ci-contre :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

……

……

……

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: