



Code de l'action sociale et des familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT ~~ET DE 2018~~

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance :	

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités organisés par le centre de loisirs « Les Oursons ».

1. VACCINATIONS (Fournir une copie du carnet ou certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

☞ L'enfant suit-il un traitement médical au quotidien ? oui non

☞ Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? oui non

Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, 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 ET UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE

☞ .L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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
Otite	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	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non

alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Si régime alimentaire particulier, précisez :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

3. RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

4. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant

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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :