

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

Accueil de loisirs



N° Carte :

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Garçon

Fille

VACCINATIONS (Merci de joindre les copies des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant) :

VACCINS OBLIGATOIRES*	DATE DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		Hépatite B	
		Autres :	

* **LE DTPOLIO EST UN VACCIN OBLIGATOIRE**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un *traitement médical* ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom et prénom de l'enfant, accompagnés de la notice).

Aucun médicament ne sera administré à votre enfant sans ordonnance.

AUTORISATION SOINS

Je soussigné(e) Madame / Monsieur **autorise(nt)** le responsable de l'accueil de loisirs / le personnel encadrant à faire donner les soins utiles à mon enfant et à faire pratiquer toute intervention chirurgicale, en cas d'urgence ou de nécessité constatée par un médecin.

Signature :

MALADIES CONTAGIEUSES – L'enfant a-t-il déjà 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	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

ECOLE FREQUENTEE :..... **CLASSE :**.....

Suite au dos

RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX

L'enfant a-t-il une alimentation particulière ? (Sans porc, sans viande, ...) Précisez :

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... ?

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

TROUBLES DE LA SANTE (Si vous remplissez la case ci-dessous,

vous devez obligatoirement compléter un formulaire PAI. Pensez à demander ce document au secrétariat.)

Allergies alimentaires Oui Non Asthme Oui Non

Allergies médicamenteuses Oui Non Diabète Oui Non

- Si allergies, précisez à quoi :

Notez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (Si automédication, le signaler / Si certificat médical, joindre une copie) :

- Si autre maladie, précisez laquelle :

Notez la conduite à suivre en cas d'urgence (Joindre le certificat médical en cas de traitement) :

RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX) DE L'ENFANT

NOM :


PRENOM :

ADRESSE :

N° Sécurité sociale :

 :

 :

 :

NOM :


PRENOM :

ADRESSE :

N° Sécurité sociale :

 :

 :

 :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence (Nom, prénom, téléphone) :

NOM et NUMERO DU MEDECIN TRAITANT :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro du contrat :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage, également, à régler tous les frais qui en résulteraient.

Fait à Salon-de-Provence, le

Signature

Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au secrétariat.