



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

<b>1 - ENFANT</b>	
<b>NOM</b> .....	<b>PRENOM</b> .....
<b>DATE DE NAISSANCE</b> .....	<b>GARCON</b> <b>FILLE</b>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur votre enfant pendant les activités ou séjours organisés par le centre de loisirs. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite à la réception de la nouvelle.

**Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.**

**2 – VACCINATION** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				BCG	
OU TETRACOQ				AUTRES (PRECISES)	

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

**ATTENTION** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit un traitement médical pendant l'accueil au centre de loisirs ou 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.

**MALADIES** : votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

**ALLERGIES** :

ASTHME	OUI	NON
ALIMENTAIRES	OUI	NON
MEDICAMENTEUSES	OUI	NON
AUTRES	.....	

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (en cas d'automédication, le signaler)

.....  
.....

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)** : OUI    NON

Si oui, joindre une copie

Indiquez ci-après :

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

.....  
.....

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... précisez.

.....  
.....

**Observations diverses :**

.....  
.....

**4 – RESPONSABLES DE L'ENFANT**

PERE OU TUTEUR	MERE OU TUTRICE
<b>Nom et prénom</b> .....	<b>Nom et prénom</b> .....
<b>Adresse</b> .....	<b>Adresse</b> .....
<b>Tél. domicile</b> .....	<b>Tél. domicile</b> .....
<b>Tél. portable</b> .....	<b>Tél. portable</b> .....
<b>Tél. travail</b> .....	<b>Tél. travail</b> .....

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :**

**Nom** .....

**MEDECIN TRAITANT** : **Nom** : .....

**NUMERO DE SECURITE SOCIALE DE RATTACHEMENT DE L'ENFANT** :

**Je soussigné(e)**, .....responsable légale(e) de l'enfant, déclare

exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

J'autorise également, si nécessaire, le responsable de l'accueil ou du séjour, à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

Fait à .....

Le .....

**Signature du responsable légale(e)**