



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2023-2024
DOCUMENT CONFIDENTIEL

1 – L'ENFANT

NOM.....
PRENOM.....
DATE DE NAISSANCE.....
GARÇON FILLE

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.

POUR RAPPEL, LES ENFANTS NÉS A PARTIR DE 2018 SONT SOUMIS A 11 VACCINS (ET NON 3)

2 – VACCINATIONS (Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés (ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018)	Dates
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
				BCG	
				MENINGOCOQUE C	
				PNEUMOCOQUE	
				MENINGITE Hib	
				AUTRES (PRECISER)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs/ périscolaire ?

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 <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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
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"/>	

ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSES OUI NON AUTRES

ALIMENTAIRES OUI NON

PRÉCISER LA CAUSE ET LA RÉACTION DE L'ALLERGIE

.....

CONDUITE A TENIR :

Joindre un certificat médical

EXISTE-T-IL UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) : OUI NON

Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles

S'il existe des **problèmes médicaux** (allergie, intolérance alimentaire diabète, maladie chronique...) un **Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire** devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si **oui préciser** en indiquant les précautions à prendre

OUI NON (Asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

.....
.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, de prothèses dentaire ou auditives, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

.....
.....

Autres recommandations diverses :

.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

RESPONSABLE N° 1 OU PERE OU TUTEUR	RESPONSABLE N° 2 OU MERE OU TUTRICE
Nom et prénom.....	Nom et prénom.....
Adresse	Adresse
.....
Tél. domicile	Tél. domicile
Tél. portable.....	Tél. portable.....
Tél. travail.....	Tél. travail.....

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom..... Téléphone.....

Nom..... Téléphone.....

MEDECIN TRAITANT : Nom et prénom :Tél.

Je soussigné(e),responsable légal(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, suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

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 légal n°1

Cocher la case pour signer électroniquement

Signer électroniquement par le responsable légal n°1

Signature du responsable légal n°2

Cocher la case pour signer électroniquement

Signer électroniquement par le responsable légal n°2