



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2024-2025
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 | |
| POLIOMYELITIE | | | | 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 INDIVIDUALISÉ (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