

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 19/20

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

1 – VACCINATIONS (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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES OUI  NON

\*ALIMENTAIRES OUI  NON

AUTRES : .....

PRÉCISEZ LA CAUSE ET LA RÉACTION DE L'ALLERGIE : .....

CONDUITE A TENIR : .....

Existe-t-il un **P.A.I** (projet d'accueil individualisé)  OUI Joindre le protocole et toutes informations utiles.  NON  
Demande d'élaboration d'un **P.A.I.P** :  OUI  NON

\*Dans tous les cas s'il existe des **problèmes médicaux liés à l'alimentation** (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.**

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....  
.....  
.....  
.....

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

REPAS DE SUBSTITUTION : Sans viande :  Sans porc:

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES DE CONTACT: oui  non

DES LUNETTES : oui\*  non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui\*  non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui\*  non

\*au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

.....  
.....

### 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

Mon enfant sait-il nager ? oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE : .....CP .....VILLE : .....

TÉL. PORTABLE : ....., FIXE / DOMICILE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN : .....

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20.. Signature : \_\_\_\_\_