

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

<u>VACCINS OBLIGATOIRES</u>	<u>DATES DERNIER RAPPEL</u>	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	<u>DATES</u>
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Coqueluche	
Autres : (préciser)			

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? 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 AIGÜ 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"/>	

P.A.I EXISTANT : Oui ➔ Fournir une copie du P.A.I. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés à l'école **ET** à la direction de l'accueil périscolaire.

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....
.....

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

.....
.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, LUNETTES, PROTHESES AUDITIVES, APPAREIL DENTAIRE ETC... PRÉCISEZ.

.....
AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

3 – MÉDECIN TRAITANT

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : _____

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, domicilié(e)..... 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 :

Signature :