

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**Nom et prénom de l'enfant : …………………………………………………… Date de naissance : ……………………………… Garçon  Fille **

**Cette fiche permet de recueillir des renseignements médicaux utiles concernant votre enfant.   
Il est important de bien la remplir.**

## 1- VACCINATIONS (certificat de vaccination(s) ci-joint obligatoire)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Enfant ne avant 2018  **3 VACCINs Obligatoires** | enfant né a partir du 01 janvier 2018 **11 VACCINs Obligatoires**  **joindRE CERTIFICAT DE VACCINATION DU MEDECIN** | |
| DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) | DTP(Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) | Rubéole-Oreillons-Rougeole |
|  | Coqueluche | Hépatite B |
|  | Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b | Infections invasives à pneumocoque |
|  | Méningocoque de sérogroupe C |  |

## 2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

⬩ L’enfant suit-il un traitement médical ? OUI ❑ NON ❑

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants *(boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom et prénom 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 ❑ | Varicelle ❑ | Angine ❑ | Rhumatisme  Articulaire aigu ❑ | Scarlatine ❑ | Coqueluche ❑ | Otite ❑ | Rougeole ❑ | Oreillons ❑ |

⬩ ALLERGIES: Asthme OUI ❑ NON ❑ Médicamenteuses OUI ❑ NON ❑

Alimentaires (\*) OUI ❑ NON ❑ Autres ………………………………………..

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler - si certificat médical, joindre une copie) ...............................................................................................................................................................

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

⬩ Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc) et précisez les dates et les précautions à prendre

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

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

⬩ L'enfant est-il porteur d'un handicap ? OUI ❑ NON ❑

Si oui, indiquez lequel et précisez les précautions à prendre

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

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

## 3- Autres renseignements utiles

⬩ L'enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc… ? Précisez...................................................................................................................................................................

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

⬩ L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Protocole d’Accueil Individualisé) OUI ❑ NON ❑

Si oui, dernière date de signature : ……………….................. Le P.A.I. signé doit impérativement être joint

⬩ Nom et téléphone du médecin traitant .................................................................................................................

**Je soussigné(e) ....................................................................................... responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence (examen médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. Je m’engage à régler tous les frais qui en résulteraient.**

**Signature obligatoire du ou des représentants légaux**

**Fait à Le**