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 NE 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.

Fait à **Le**

Signature (obligatoire du ou des représentants légaux) **:**