

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : Prénom :
 Date de naissance :
 GARÇON FILLE

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS			VACCINS RECOMMANDÉS		
	oui	non		oui	non			
Diphtérie					Hépatite B			
Tétanos					Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite					Coqueluche			
Ou DT polio					Autres (préciser)			
Ou Tétracoq								

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? 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 ? A titre indicatif

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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	OREILLONS	
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 : ASTHME oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non

AUTRES ALLERGIES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

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

DES LUNETTES : oui non *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

VOTRE ENFANT A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : oui non

Si oui, préciser.....
.....
.....

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

(Ex : qualité de peau, crème solaire)

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

N° DE TELEPHONE EN CAS D'URGENCE.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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

Date :

Signature :