MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N°10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 fiche par enfant

ENFANT
NOM :
Prénom :
Date de naissance
Garçon ☐ Fille ☐

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil périscolaire; elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant et vous sera rendue à la fin de l'année scolaire afin d'être actualisée.

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 RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq				BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE oui non
VARICELLE oui non
ANGINE oui non
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui non
SCARLATINE oui non
COQUELUCHE oui non
OTITE oui non
ROUGEOLE oui non
OREILLONS oui non

L'ENFANT A-T-IL DES **ALLERGIES** ?

RESPIRATOIRES : oui non
MEDICAMENTEUSES : oui non
ALIMENTAIRES : oui non
AUTRES…….

PRECISEZ LA **CAUSE** DE L'ALLERGIE ET LA **CONDUITE A TENIR**.
Si l'allergie de votre enfant nécessite la mise en place d'un **P**lan d'**A**ccueil **I**ndividualisé, merci de prendre contacte avec la responsable du centre de loisirs. En cas d'automédication, le signaler.
……
……

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N°10008*02

INDIQUEZ CI-DESSOUS LE **DIFFICULTES DE SANTE** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

……
……
……
……
……
……

---

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…

……
……
……
……
……

---

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : …… Prénom :……
Adresse :……
……

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)……..

Je soussigné(e), ……responsable légal de l'enfant, déclare :

- exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ;
- attester que mon enfant est couvert par une assurance « responsabilité civile extra-scolaire » ;
- m'engager à signaler tout changement (santé, coordonnées, personnes habilitées à récupérer mon enfant...)

Par ailleurs, j'autorise les personnes de référence inscrites sur la fiche de renseignement à venir chercher mon(mes) enfants(s).

Date : Signature :