



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa 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 (Joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé de l'enfant)

VACCINS	oui	non	DATES DES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
OBLIGATOIRES			DERNIERS RAPPELS		
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

VARICELLE

ANGINE

RHUMATISME
ARTICULAIRE AIGU

SCARLATINE

COQUELUCHE

OTITE

ROUGEOLE

OREILLONS

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

RESPIRATOIRES :

oui

non

MEDICAMENTEUSES : oui

non

ALIMENTAIRES :

oui

non

AUTRES.....



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



cerfa N°10008*02

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

Si l'allergie de votre enfant nécessite la mise en place d'un Plan d'Accueil Individualisé, merci de prendre contact avec la responsable du centre de loisirs. En cas d'automédication, le signaler.

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 :