



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).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDES, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, ou DT polio, ou Tétracoq, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser), 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.....



**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 :