

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :	PRENOM :	FILLE	GARÇON
DATE DE NAISSANCE :	ADRESSE :		
NOM / PRENOM RESPONSABLE 1 :	TELEPHONE :		
NOM / PRENOM RESPONSABLE 2 :	TELEPHONE :		
MEDECIN TRAITANT :	TELEPHONE :		

1. Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Infections à Papillomavirus	
		Autres (à préciser)	

Si l'enfant n'est pas à jour des vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2. Renseignements médicaux concernant l'enfant

Si l'enfant suit un traitement médical pendant sa présence aux accueils de loisirs : remettre à la direction une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant/ du jeune avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (à titre indicatif)

	Coqueluche	Oreillons	Otite	Rhumatisme articulaire aigu	Rougeole	Rubéole	Scarlatine	Varicelle
OUI								
NON								

Asthme : Oui Non
Allergies : Sans allergie connue
Aliments : précisez :
Médicaments : précisez :
Autres : précisez :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : Si PAI (projet d'accueil individualisé) en cours, joindre le protocole et toutes informations utiles :

L'enfant connaît-il des difficultés particulières de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) ? (joindre une ordonnance du médecin).

3. Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement)

L'enfant porte-t-il ?	Des lentilles	Des lunettes	Des prothèses auditives	Un appareil dentaire
OUI				
NON				

>> au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations : précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

4. Régime alimentaire

Repas	Repas sans porc	Repas sans viande	Projet d'accueil individualisé (Fournir la copie du PAI)

Je soussigné(e), (indiquer les nom et prénom du responsable légal),

responsable légal de l'enfant (indiquer les nom et prénom de l'enfant)

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :