

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL - JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.

1-INFORMATIONS DE L'ENFANT

Nom et prénom : Sexe : M F

Date de naissance : Poids : kg

Âge : ans Taille : cm

Numéro de sécurité sociale :

2-VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	COCHER SI OUI	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>		Haemophilus	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>		ROR	
			Hépatite B	
			Pneumocoque	
			BCG	
			Autres (préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical à lui administrer pendant l'accueil ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballage d'origine avec notice, marqué au nom et prénom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance. Si le médicament n'est qu'en cas de crise, préciser les conditions et modalités de prise.

- Allergies :**
- Alimentaires
 - Médicamenteuses
 - Autres (animaux, plantes, pollens)

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

L'enfant présente-t-il un problème de santé, si oui préciser Oui Non

4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

Antécédents médicaux, chirurgicaux ou autres considéré comme susceptible d'avoir des répercussions dans le déroulement de l'accueil :





5-RESPONSABLES DE L'ENFANT

Parent A :

Nom et prénom :

Adresse postale :

Tel Domicile :

Tel Portable :

Tel Bureau :

Parent B :

Nom et prénom :

Adresse postale :

Tel Domicile :

Tel Portable :

Tel Bureau :

Nom et tel médecin traitant :

Nom et prénom :

Tel :

6-AUTORISATIONS

Je, soussigné-e, responsable légal-e de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, **toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de cet enfant.**

Date : Signature (nom,prénom) :

A REMPLIR PAR LA/LE DIREC·TEUR·TRICE À L'ATTENTION DES FAMILLES

Soins apportés pendant le séjour :

Date	Evènement	Soins apportés

Observations : _____

