

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - Date de l'inscription à l'accueil de loisirs :

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Vaccins recommandés	Oui	Non
Diphthérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-oreillons-rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT Polio			Autre (préciser)		
Ou Tétracoq					
BCG					

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical**? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cochez la case si oui)?

Rubéole		Varicelle		Scarlatine		Coqueluche	
Otite		Rougeole		Oreillons		Angine	

ALLERGIES

Asthme		Médicament		Alimentaire		Autre	
--------	--	------------	--	-------------	--	-------	--

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (Si automédication le signaler)

.....
.....

RÉGIME ALIMENTAIRE : NORMAL SANS PORC SANS VIANDE

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... ?

.....
.....

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT :

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.

Date :

Signature :

Signature du Directeur :