



Accueil de loisirs intercommunal

ANNEE 2018-2019

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Garçon Fille

1 – VACCINATIONS (photocopies des vaccinations issues du carnet de santé sont obligatoires Ou une attestation du médecin approuvant que les vaccins sont à jour, à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du responsable sanitaire) :

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuses oui non
 Alimentaires oui non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....



