



Accueil de loisirs intercommunal

ANNEE 2021-2022

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)

.....
.....
.....
.....



Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....
.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : (A Renseigner Obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il des lentilles : oui non

Des lunettes : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses auditives : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareil dentaire : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

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

.....
.....
.....
.....

4 –NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Nom et tél. Du médecin traitant
(facultatif).....

Je soussigné(e) ,responsable légal 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 un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

