



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Accueil périscolaire et de loisirs – année scolaire 2019/2020

(Compléter une fiche par enfant)

#### IDENTITE DE L'ENFANT

Nom		Prénom	
Date de naissance		<input type="checkbox"/> GARÇON	<input type="checkbox"/> FILLE

#### VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Ou joindre une photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS		DATE
	oui	non				
Diptérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B		
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche		
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)		
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)		
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)		

#### SIL'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

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

#### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**IMPORTANT :** Cette rubrique devra impérativement être mise à jour au cours de l'année, ou lors d'une inscription à un séjour du centre de loisirs, si votre enfant devait suivre un traitement médical.

<b>L'enfant suit-il un traitement médical particulier ?</b>	
<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants</b> (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) <b>Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.</b>	

A titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?				
<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

<b>ALLERGIES</b>	<b>ASTHME</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>MEDICAMENTEUSES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ALIMENTAIRES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>AUTRES</b> A préciser →	
<b>PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR</b>					

**P.A.I.** (projet d'accueil individualisé) en cours : oui  non  (si oui, joindre obligatoirement une copie du protocole)

(Un P.A.I. est mis en place lorsque la scolarité d'un élève, notamment en raison d'un trouble de santé invalidant, nécessite un aménagement. Exemple : allergie alimentaire)

Porter ici toute information jugée utile concernant le PAI :



**INDIQUEZ CI-APRÈS, LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :**



### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

	Oui	Non
<b>Votre enfant porte-t-il des lentilles ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Des lunettes ?</b> <i>Au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Des prothèses auditives ?</b> <i>Au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Des prothèses ou appareil dentaire ?</b> <i>Au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autres recommandations</b>		

#### 4- AUTORISATIONS

	oui	non
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussignée,  responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement 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