

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

L'ENFANT

**Centre
Metz Devant les Ponts**

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE
DATES D'INSCRIPTIONS :

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfants)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui		non		DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
Ou DT polio						Autres (préciser)	
Ou Tétracoq							
BCG							

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

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES.....

Régime alimentaire particulier : Sans Porc Sans Viande

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 (à renseigner obligatoirement)

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

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

Des prothèse auditives : oui non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Des prothèse ou appareil dentaire : oui non (au besoins prévoir un étui au nom de l'enfant)

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

.....
.....

4 - AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service, de transport en commun : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux activités en piscine : oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE

TÉL. FIXE, PORTABLE OU DOMICILE..... BUREAU

NOM E TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Je soussignée, 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'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date

Signature