

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

2 – Vaccinations

Joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.

Les vaccins obligatoires sont : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio ou Trétracoq.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3 – Renseignements médicaux concernant l'enfant

❖ Votre enfant suit-il un traitement régulier ?

Oui Non

Si oui, et en cas de prise nécessaire sur le temps de l'Accueil de Loisirs, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

❖ Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole Oui Non

- Varicelle Oui Non

- Coqueluche Oui Non

- Otite Oui Non

- Angine Oui Non

- Rougeole Oui Non

- Oreillons Oui Non

- Scarlatine Oui Non

- Rhumatisme articulaire Oui Non

❖ Votre enfant fait-il de l'asthme ?

Oui Non

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

.....
.....

❖ Votre enfant fait-il des allergies ?

- Alimentaire Oui Non

- Médicamenteuse Oui Non

- Autres

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

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

❖ Est qu'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est mis en place pour votre enfant ?

Oui Non

Si oui, joindre une photocopie du document.

❖ Votre enfant a-t-il des repas spéciaux ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

- Sans porc

- PAI

- Sans poisson

- Autre Précisez :

- Végétarien

❖ Votre enfant porte-t-il ?

- Des lunettes Oui Non

- Des prothèses dentaires Oui Non

- Autre Précisez :

- Des lentilles Oui Non

- Des prothèses auditives Oui Non

❖ Les difficultés de santé de votre enfant (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...). Précisez les dates et les précautions à prendre

.....
.....

❖ Médecin traitant

❖ Centre de Sécurité Sociale

Joindre une attestation de droits

Nom – Prénom
Adresse
Téléphone

N° de Sécurité Sociale
Nom
Adresse

4 – Responsable de l’enfant

Parent 1

Parent 2

Nom
Prénom.....
Adresse.....
.....
Tél domicile.....
Portable
Tél bureau
Adresse mail.....

Nom
Prénom.....
Adresse.....
.....
Tél domicile.....
Portable
Tél bureau
Adresse mail.....

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l’inscription :
.....

Nom et n° de téléphone d’une personne susceptible d’être prévenue rapidement (différente des parents) :
.....

5 – Autorisations

En cas d’accident ou de maladie, le Centre s’efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra être amené à conduire l’enfant au Service des Urgences le plus proche.

Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l’état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir de cette intervention.

Nous autorisons le Centre, en cas d’indisponibilité absolue des deux parents, à reprendre mon enfant à la sortie de l’établissement de santé.

Je soussigné(e),, responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de santé de mon enfant.

Niort, le

Signature des parents

| | | | |
|--|--|--|--|
| Date de renouvellement / mise à jour de la fiche | | | |
| Signature des parents | | | |