



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p><b>1 – ENFANT</b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p style="text-align: right;">GARÇON <input type="checkbox"/>    FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTE  
OU A DEFAUT UNE ATTESTATION DU MEDECIN.**

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

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical**? 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.**

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

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES \_\_\_\_\_

**Votre enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) concernant une allergie alimentaire ?**

oui  non

**PRÉCISEZ LA CAUSE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---



---



---



---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---

---

---

---

---

---

---

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

---

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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 le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de l'accueil à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

Date :

Signature :

**Partie réservée au centre**

**ACCUEIL DE LOISIRS DE PONTCARRÉ**

**Responsable du Centre : Mme CHEVREL Charlotte**

**81 Grande Rue – 77135 – Pontcarré - Tél : 01-64-76-69-45 – Port. : 06-47-84-37-24**

**ORGANISATEUR : Mairie de Pontcarré - tél : 01-64-66-31-55**

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---