



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 (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
Diphthérite				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

JOINDRE OBLIGATOIREEMENT LA COPIE DES PAGES DE VACCINATION DU CARNET DE SANTÉ
OU À DÉFAUT UNE ATTESTATION DU MÉDECIN.

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

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

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
