



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant les activités de loisirs de l'enfant/ du jeune. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

I. ENFANT : NOM : _____ Prénom : _____
 Garçon Fille Date de naissance : ____/____/____

II. VACCINATIONS :

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie des pages de vaccinations (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de CONTRE- INDICATION / ATTENTION : Le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication)

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

MALADIES : L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes :

| | | | | | | | | | |
|------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| RUBEOLE | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | OREILLONS | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| VARICELLE | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | ROSEOLE | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| ANGINE | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | SCARLATINE | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| OTITES | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | ASTHME | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |

ALLERGIES :

| | | | | |
|----------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| ALIMENTAIRES | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| MEDICAMENTEUSE | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| AUTRES | NON | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |

Si OUI merci de compléter un PAI

Si OUI préciser :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIREs,.....

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (SANS PORC, SANS VIANDE, VEGETALIEN...)

V. RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :

| | PARENT « 1 » | PARENT « 2 » | AUTRE : |
|-------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| CIVILITE | | | |
| NOM | | | |
| PRENOM | | | |
| ADRESSE | | | |
| Numéro de téléphone personnel | | | |
| Numéro de téléphone travail | | | |

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : _____

Nom, Prénom et numéro de téléphone du ou des personnes autorisées à venir chercher mon ou mes enfants :

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

AUTORISATION PARENTALE (à compléter obligatoirement)

Je soussigné(e), M. / Mme _____, responsable légal de l'enfant _____,

Pour les accueils de loisirs/périscolaire:
 Autorise les animateurs de l'Accueil de Loisirs à aller chercher mon enfant, les mercredis à la sortie de l'école de _____ dans la classe de _____ pour l'accompagner aux accueils de loisirs. OUI NON

Pour les accueils de loisirs/secteur jeunes/mini-camps/séjours/chantiers loisirs/périscolaire :
 Dans le cadre du projet pédagogique, les animateurs sont amenés à organiser des sorties ludiques et éducatives, Autorise ces derniers à transporter mon enfant sur les lieux des sorties. OUI NON
 Autorise le Centre Socioculturel à prendre en photo mon enfant dans le cadre de ses activités afin d'en illustrer ses publications propres (plaquettes d'informations, expositions, site web...). OUI NON

Fait à Vouillé, le _____ Signature : _____

Fait à Vouillé, le _____

Signature :