

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités. Cette fiche sera conservée durant 2 ans.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)	
Coqueluche	
Haemophilus Influenzae de type B	
Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque de groupe B	
ROR (Rubéole-Oreillons-Rougeole)	
Autres vaccins	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

⚠ Si OUI, le P.A.I est à remettre à la direction de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des 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, ni sans P.A.I.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE 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

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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 du séjour, la direction du centre de loisirs ou le référent de l'accueil périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Rappel :

- Article 372-2 du Code civil : [...] chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.
- Article 441-7 du code pénal : est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'établir une attestation faisant état de faits matériellement inexacts.