

FICHE SANITAIRE DE LIAISON INDIVIDUELLE

① RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L' ENFANT ⁽¹⁾ Fille Garçon

Nom	Prénom	Date de naissance

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 des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

*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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ⁽¹⁾ Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicament dans son emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice et accompagné d'une photo d'identité de l'enfant)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Otite		
Varicelle			Rougeole		
Angine			Oreillons		
Scarlatine			Rhumatisme		
Coqueluche			articulaire aigu		

Asthme Oui Non

Allergies : ⁽¹⁾ Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres

(1) Cocher la case correspondante

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....

Indiquer 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(S) DE L'ENFANT

Nom, prénom :

Adresse :

N° téléphone domicile :

N° téléphone portable :

N° téléphone au travail :

Nom, prénom :

Adresse :

N° téléphone domicile :

N° téléphone portable :

N° téléphone au travail :

Nom et n° de tél médecin traitant (facultatif)

Je soussigné(e),

ou nous soussignés

responsable légal / responsables légaux de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

A.....,le.....

Signature (s)