



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018</h1>	<p><b>1 - ENFANT</b>                  NOM : .....</p> <p>PRÉNOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>                      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

**1 - DATES ET LIEU DU SÉJOUR : ACCUEIL DE LOISIRS DE .....**

*CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DE L'ACCUEIL.*

**2 -VACCINATIONS (JOINDRE LES COPIES DU CARNET DE SANTE).**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 MÉDICAUX 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 non ouvertes, dans leur emballage d'origine et 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 ?

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

**ALLERGIES :**    ASTHME     OUI  NON                      MÉDICAMENTS  OUI  NON  
                          ALIMENTAIRE  OUI  NON                      AUTRES                       OUI  NON  
**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 .....

ADRESSE (PENDANT L'ACCUEIL) :

.....  
.....

PORTABLE : ..... DOMICILE : ..... TRAVAIL : .....

**MÉDECIN TRAITANT : NOM** .....

**ADRESSE**..... **TEL :** .....

*Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, appel des services d'urgence, hospitalisation, intervention médicale et chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

---

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DE L'ACCUEIL DE LOISIRS :**

**Communauté de Communes du Val de Sully - Service Enfance Jeunesse**

28 route des Bordes 45460 Bonnée

**02 38 35 05 58**

**OBSERVATIONS :**

.....