



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019</h1>	<p>1 - ENFANT NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : 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	
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 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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MÉDICAMENTS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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(e) responsable légal de l'enfant, déclare exact 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 :

.....