

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS** (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>ou</b> DTPolio				Autres (préciser)	
<b>ou</b> Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il **un traitement médical** sur le temps d'accueil au CSC Laetitia ?

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.

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

**RUBEOLE**  oui  non    **VARICELLE**  oui  non    **SCARLATINE**  oui  non    **COQUELUCHE**  oui  non  
**RHUMATISME ARTICULAIRE**  oui  non    **ROUGEOLE**  oui  non    **OREILLONS**  oui  non

### ALLERGIES

**ASTHME**  oui  non    **MEDICAMENTEUSES**  oui  non    **ALIMENTAIRES**  oui  non  
 Autres \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

---



---



---



Indiquez ci-après **les difficultés de santé** (maladie, accident, handicaps, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et **précautions à prendre**.

---

---

---

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires....

---

---

Si votre enfant est une fille, est-elle réglée ?  oui  non

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

**NOM** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

Téléphone travail \_\_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale** : \_\_\_\_\_

L'enfant bénéficie t-il :  d'une prise en charge Sécurité sociale à 100%

de la CMU

(fournir les attestations CMU et prise en charge Sécurité sociale)

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

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

