

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	Date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Date des derniers rappels
D.T.Ca.P (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche)		Hépatite B	
		Rubéole- Oreillons-Rougeole	
		BCG	
		Autres (préciser)	

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

MALADIES INFANTILES

- | | | | |
|------------|-----------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|
| SCARLATINE | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | VARICELLE | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | RHUMATISME ARTICULAIRE | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OREILLONS | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| RUBEOLE | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |

TRAITEMENT MEDICAL

L'enfant suit-il un **traitement médical** sur le temps d'accueil au CSC Laetitia ? oui non
 Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) fourni 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.

Précisez la conduite à tenir :

ALLERGIES

- ASTHME oui non
- MEDICAMENTEUSES oui non Laquelle ? _____
- ALIMENTAIRES oui non Laquelle ? _____
- Autres (précisez) : _____

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) fourni oui non



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 _____

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 :

