



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

SEXE:

FILLE

GARÇON

1- VACCINATIONS (Joindre la photocopie)

Vaccinations obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtéris					
Tétanos					
Polyomyélite					
Ou DT Polio					

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

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement pendant l'accueil de loisirs? 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 eu les maladies suivantes?

RUBEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE	<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		

ALLERGIES:

POUSSIERES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES _____

MEDICAMENTEUSES OUI NON

POILS ET PLUMES OUI NON

3- DIFFICULTES DE SANTE

Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation,...) en précisant les dates et les précautions à prendre:

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lentilles? Oui Non
 L'enfant porte-t-il des lunettes? Oui Non
 L'enfant porte-t-il des prothèses auditives? Oui Non
 L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires? Oui Non
 Autres:

5- HABITUDES DE L'ENFANT

ENDORMISSEMENT

L'enfant fait-il la sieste? Oui Non
 L'enfant dort-il avec un doudou? Oui Non
 L'enfant dort-il avec une tétine? Oui Non
 L'enfant a-t-il un rituel particulier? Oui Non
 Si oui, lequel (une chanson, une petite lumière,...)

REPAS

L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé? Oui Non
 L'enfant goûte-t-il de tout? Oui Non
 Quel est l'appétit de l'enfant?

JOURNEE

En cas d'inquiétude de sa part, comment réagissez-vous?

6- DEPART DE L'ENFANT

L'enfant peut-il repartir seul chez lui à la fermeture du centre? (Enfant de plus de 7 ans) Oui Non

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autre que les parents)

Nom: Téléphone:

Nom: Téléphone:

Nom: Téléphone:

Nom: Téléphone:

7- CONTACT EN CAS D'URGENCE

8- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM:

PRENOM:

ADRESSE:

TELEPHONE (fixe, portable):

Bureau:

9- MEDECIN TRAITANT

Nom:

Prénom

Téléphone

ADRESSE:

Je soussigné..... responsable l'égal 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) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature: