

Fiche valable pour l'année en cours si il n'y a pas de changement concernant la santé de votre enfant.

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021</b>	<b>L'ENFANT</b>	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
	GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

1 – **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					

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

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

**ALLERGIES :**

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES.....

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : .....

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Si votre enfant suit un traitement pendant l'année ou en cours d'année 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.**

**P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours**

Oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....

AUTRES INFORMATIONS / PRÉCISEZ (ex : Port de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs qualité de peau, suivi psychologique, suivi orthophonie, difficulté de sommeil,...)

.....  
.....  
.....

**3. ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP OU DE TROUBLES DU COMPORTEMENT**

L'accueil de loisirs est ouvert aux enfants porteurs de handicap ou de troubles du comportement dès l'instant où toutes les conditions garantissant un service de qualité sont réunies (bien-être et sécurité). Pour une meilleure intégration de votre enfant il est souhaitable de prendre rendez-vous pour définir ensemble des modalités d'accueil.

Est-ce qu'une aide particulière a été mise en place pour la scolarité : Oui.....Non

Si oui laquelle ?..... Merci de nous fournir le document de reconnaissance délivrée par la Maison du handicap (MDPH).

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS)**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

N° du médecin de traitant : \_\_\_\_\_

*Je soussignée, \_\_\_\_\_ responsable légal de L'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

**Date :**

**Signature :**