



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre la copie du carnet de santé.
Document confidentiel

IDENTITÉ DU MINEUR :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

Accueil de loisirs : ALSH de Béganne **organisé par**  centre social intercommunal

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT. PAR AILLEURS, ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio ou DTP				BCG	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				Haemophilus	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids :kg ; Taille :cm

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

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 dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être administré 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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non Précisez.....

SI OUI, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL PRÉCISANT LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS 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**.

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

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

PORT DE LUNETTES, DE LENTILLES, D'APPAREIL DENTAIRE OU AUDITIF, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, HYPERACTIVITÉ, HANDICAP, ETC...MERCİ DE PRÉCISER.

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

4 - RESPONSABLES DU MINEUR

⇒ **RESPONSABLE N°1** : NOM/PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. FIXE DOMICILE ET/OU PORTABLE :

TÉL. TRAVAIL :

⇒ **RESPONSABLE N°2** : NOM/PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. FIXE DOMICILE ET/OU PORTABLE :

TÉL. TRAVAIL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e) responsable légal(e) 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 rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :