

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ FILLE ☐

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

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)				Méningocoque de sérogroupe A, B, C, W et Y			
Coqueluche				Infections invasives à pneumocoque			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B				Rougeole, oreillons et rubéole.			
Hépatite B				AUTRES (préciser)			

SI L'ENFANT N'A PAS LES BACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

En cas de mini séjour et de traitement en cours, l'ordonnance récente des médicaments sera à fournir.

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES :

AXTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

P.A.I. oui ☐ non ☐

MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE;

.....

.....

.....

.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES; DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

.....

.....

.....

.....

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
.ADRESSE :
.....
. TÉL FIXE (PORTABLE) DOMICILE : BUREAU :
.....
NOM ET TÉL. DU MEDECIN TRAITANT :
.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs ou du séjour à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :
.....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE MA STRUCTURE
LA CABANE AUX LOISIRS
13 PLACE DES TROIS BARONETS
85710 BOIS DE CENE
Tél : 06.63.14.51.59 Email : contact@cabaneloisirs.fr

OBSERVATIONS :

.....

.....