



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

2 – VACCINATIONS

Date du dernier rappel du DTPOLIO :/...../.....
(5 ans au maximum)

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ?

OUI NON

Si oui joindre une **ordonnance** et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ASTHME : OUI NON

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES : OUI NON

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI NON

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....
.....

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

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les précautions à prendre.

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

4 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES : OUI NON

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI NON

5 - AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI NON

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :