



Fiche sanitaire de liaison

**CENTRES AÉRÉS – SÉJOURS – ACCUEIL PÉRISCOLAIRE - VOYAGES SCOLAIRES
STAGES ET ÉCOLES MUNICIPALES DU SPORT**

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année

NOM de l'enfant	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille
PRÉNOM de l'enfant	<input type="text"/>	Taille	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Poids	<input type="text"/>
		Pointure	<input type="text"/>
		Tour de tête	<input type="text"/>

I - Vaccinations :

Joindre **obligatoirement les photocopies** des pages correspondantes du carnet de santé (D.T.P.).

Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, fournir également les photocopies des pages du carnet de santé pour les vaccinations obligatoires suivantes : **coqueluche, haemophilus, hépatite B, méningocoque C, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole.**

Dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication du vaccin.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Oreillons
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Allergies :

médicamenteuses Oui Non Laquelle

Alimentaires Oui Non Laquelle

Autres Oui Non Laquelle

Asthme Oui Non

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Joindre obligatoirement la photocopie du P.A.I. avec ordonnance valide.

L'enfant a-t-il un dossier MDPH Oui Non En cours

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire, etc...

Régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui, lequel :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement Oui Non

Si oui, lequel

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son accueil, **n'oubliez pas de joindre l'ordonnance valide aux médicaments.**

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance même pour l'homéopathie.

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Nom et téléphone du médecin traitant

BAIGNADE :

Attestation de natation en ACM
Pass-nautique

Oui avec gilet sans gilet

non

IV - Responsable légal de l'enfant :

	Parent 1	Parent 2
Nom, Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel Domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel Travail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de Sécurité Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Personnes à contacter en cas d'absence du/des parent(s) ou du tuteur :

Nom, Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Nom, Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Nom, Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>

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

Date

Signature