

FICHE SANITAIRE DE LIAISON De janvier 2018 à décembre 2018	NOM :
	PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE :/...../.....
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de loisirs.
Elle sera transmise à l'équipe de secours en cas d'urgence.**

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune et en joindre une copie)

	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Vaccins obligatoires : DT polio Ou Tétracoq *			
Autres :			

* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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**).

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- L'enfant a-t-il déjà eu des **allergies** ?

	Oui	Non	Précisez la nature de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication : le signaler)
Asthme			
Allergies alimentaires			
Allergies médicamenteuses			
Autres allergies			

Indiquez les **problèmes de santé** (maladie, accident, crises convulsives, opération, intolérance, etc), les **contre-indications** ou toute autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

RESPONSABLE DU JEUNE

Je soussigné(e),

Nom Prénom : **Téléphones** :

responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant : appeler les secours, suivre les directives de l'équipe de secours et/ou médicale (hospitalisation, intervention chirurgicale, transfusion sanguine ...).

Date : Signatures du(es) responsable(s) légal(ux) :