



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

SEXE :  masculin  féminin

## LES VACCINS : (selon le carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomélite					
Ou DT Polio					
Ou Tétracoq					

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (pour les enfants disposants d'un P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le temps périscolaire et extrascolaire  oui  non

Si oui, vous devez mettre en place un PAI ou le joindre accompagné d'une ordonnance récente et des médicaments correspondants. Les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine et les nom et prénom de l'enfant doivent marqués en majuscule sur chaque boîte, dans laquelle il doit y avoir obligatoirement la notice d'origine.

Attention : aucun traitement médical ne pourra être administré sans mise en place d'un PAI accompagné de l'ordonnance médicale.

## LES ALLERGIES

Médicamenteuse	Alimentaire	Asthme
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Avec mise en place d'un P.A.I <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Aliment concerné .....	Avec mise en place d'un P.A.I <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Recommandations santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) dates et précautions à prendre.

## LES MALADIES

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	Rhumatisme articulaire aigu <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	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**Recommandations utiles des parents** (lentilles de vue, lunettes, prothèse auditives, prothèses dentaires...)

	Nom de l'assurance	N° de contrat
Assurance responsabilité civile		
	Nom de l'assurance	N° de contrat
Assurance responsabilité individuelle accident		
	Nom du médecin	N° de téléphone
Coordonnées du médecin traitant		

Je soussigné(e), (nom, prénom) \_\_\_\_\_

responsable légal de l'enfant (nom, prénom) \_\_\_\_\_

Déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités périscolaires et extrascolaires.

## CONTACT (Personne à contacter en cas d'urgence)

Nom Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Numéro de téléphone : .....

Fait à Théoule-sur-Mer, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature