

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

(Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjours de vacances ou en accueil de loisirs)

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

VACCINS OBLIGATOIRES (à partir de janvier 2018)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES (à partir de janvier 2018)	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie		Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)	
Tétanos		Pneumocoque (Prevenar)	
Poliomyélite		Meningocoque C (Neisvac)	
Haemophilus influenzae B		AUTRES VACCINS	DATES
Coqueluche		BCG	
Hépatite B		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Lorsqu'une ou plusieurs des vaccinations obligatoires font défaut, le mineur est provisoirement admis. Le maintien du mineur dans la collectivité d'enfants est subordonné à la réalisation des vaccinations faisant défaut qui peuvent être effectuées dans les trois mois de l'admission provisoire conformément au calendrier prévu à l'article L. 3111-1.

Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*médicaments dans leur emballage d'origine, avec la notice et marqué au nom de l'enfant*). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen, ...) oui non

Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (PAI)

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVE, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) SI PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP (AEEH) : OUI NON

RÉGIME ALIMENTAIRE : NORMAL SANS VIANDE

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRES, DIFFICULTÉS DE SOMMEIL, ENURESIE NOCTURNE, ETC...

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

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

.....

RESPONSABLE 1 : TÉL. PORTABLE :BUREAU :

RESPONSABLE 2 : TÉL. PORTABLE :BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

5 - AUTORISATION D'INTERVENTION MÉDICALE

Un enfant accidenté ou gravement malade sera dirigé automatiquement vers les services de secours d'urgence. La famille sera alors prévenue.

J'autorise le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires pour le bien de notre enfant en cas d'accident et de faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.

Je refuse toute intervention médicale

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, ~~certifie~~ certifie des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature :