



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

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

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARCON

FILLE

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

JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Table with 5 columns: RUBEOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ, SCARLATINE. Each cell contains 'oui' and 'non' checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME  oui  non ALIMENTAIRES  oui  non

MÉDICAMENTEUSES  oui  non AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Indiquez ci-après :

Les DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation et les PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES ? ETC...PRÉCISEZ

---

---

---

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? PRÉCISEZ

---

---

---

#### 5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de Téléphone:

Mère: domicile : \_\_\_\_\_ portable: \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Père: domicile: \_\_\_\_\_ portable: \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la responsable du 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.*

N° de sécurité sociale: \_\_\_\_\_

Date :

Signature :