

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Une fiche sanitaire/enfant

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Age :

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

VACCINATIONS :

L'enfant est-il à jour du vaccin DTP ? ☐ OUI ☐ NON

Date du dernier rappel du DTP (diphtérie, tétanique et poliomyélitique) :

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin délivré par le médecin traitant si l'enfant n'est pas vacciné.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	

Allergies :

Médicamenteuses ☐ OUI ☐ NON

Alimentaires ☐ OUI ☐ NON

Autres (animaux, plantes...) ☐ OUI ☐ NON

Asthme ☐ OUI ☐ NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

PAI (projet d'accueil individualisé) en cours ☐ OUI ☐ NON (joindre une copie du protocole). **Les médicaments correspondant devront être remis dans une trousse marquée au nom/prénom de l'enfant. Les médicaments seront dans leurs boîtes d'origine, avec la notice.**

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives...)

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lunettes : ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives, dentaires : ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant mange-t-il de la viande de porc : ☐ OUI ☐ NON

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées : ☐ OUI ☐ NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : ☐ OUI ☐ NON

Autorisation de transport en véhicule de service, minibus, car de location et transports en commun : ☐ OUI ☐ NON

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'accueil de loisirs ou le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Fait le :

Signature :