

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant.

I. ENFANT : NOM : PRENOM :
 SEXE : Garçon Fille DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS : Remplir à partir du carnet de santé (noter les dernières dates)

Vaccins Pratiqés	Dates
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

Precisez s'il s'agit
 DT Polio
 PT Coq
 Tétracoq

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE
Dates	Dates
1 ^{er} Vaccin / /	1 ^{er} Vaccin / /
RAPPEL / /	RAPPEL / /
RAPPEL / /	RAPPEL / /

AUTRES VACCINS	AUTRES VACCINS	AUTRES VACCINS
Dates	Dates	Dates
Vaccins pratiqués / /	Vaccins pratiqués / /	Vaccins pratiqués / /
/ /	/ /	/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu :

RUBEOLE VARICELLE SCARLATINE COQUELUCHE
 OTITES ASTHME ROUGEOLE OREILLONS

Autres difficultés de santé :

..... Dates / /
 / /
 / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Médecin traitant : n° tél.
 Choix de l'hospitalisation :
 Problèmes particuliers :

V. AUTRES RENSEIGNEMENTS:

Suit-il un traitement OUI / NON Lequel :
 Est-il sensible aux transports OUI / NON
 Sait-il nager OUI / NON
 Accepter vous qu'il passe une nuit à l'extérieur (Bivouac, camp) OUI / NON
 Certificat médical pour la pratique sportive (- d'un an) OUI / NON
 L'enfant peut-il rentrer seul chez lui OUI / NON
 Droit à l'image : AUTORISE / N' AUTORISE PAS à utiliser l'image de mon enfant

VI. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :
 ADRESSE :

N° de téléphone : Domicile : Portable mère
 Bureau : Portable père

Adresse MAIL :

N° de sécurité sociale : Centre de
 N° Allocataire CAF..... Coefficient.....

Autres personnes pouvant venir le chercher à la fin de la journée :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
 Date / / Signature :