

# ACCUEIL DE LOISIRS DE BOIS D'AMONT



## Les Pouces en Avant

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON       FILLE

MEDECIN TRAITANT :

Téléphone :

Adresse :

#### 1 – VACCINATIONS.

VACCINS OBLIGATOIRES pour les enfants nés après 2018	DATES DES DERNIERS RAPPELS.	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DES DERNIERS RAPPELS.
Diphtérie - tetanos - poliomyélite			
Haemophilus influenza de type B			
Coqueluche			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque C			
Rubéole - Oreillons - rougeole			

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

#### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs : 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.**

A titre indicatif 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 AIGÜ 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME  
ALIMENTAIRES

oui  non   
oui  non

MEDICAMENTEUSES  
AUTRES .....

oui  non

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....  
.....

**P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours :**

oui  non

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

**Indiquez ci-après :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

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

### 3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

Votre enfant porte-il des lentilles : oui  non

Des lunettes : oui  non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Des prothèses auditives : oui  non  ( au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Des prothèses ou appareil dentaire : oui  non  ( au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Autres recommandations ( ex : qualité de la peau etc.)

.....  
.....

### 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ....., BUREAU : .....

*Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date:

Signature: