

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT CONCERNE	MODE D'ACCUEIL
NOM : Prénom : Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Sexe Féminin <input type="checkbox"/> Date de Naissance : Adresse complète : N° Téléphone : N° à joindre en cas d'urgence :	<p style="text-align: center;"><u>ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT</u> <i>(cocher la case correspondante)</i></p> <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Vacances de la Toussaint <input type="checkbox"/> Vacances de Noël <input type="checkbox"/> Vacances de Février <input type="checkbox"/> Vacances de Printemps <input type="checkbox"/> Vacances d'été

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
 Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil

N° de Sécurité sociale où l'enfant est rattaché.....

Nom du titulaire du numéro.....

* * *

I – VACCINATIONS *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :*

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES DERNIERS RAPPELS
B.C.G.		Hépatite B	
Tétracoq		R.O.R.	
Pentacoq		Varicelle	
R.O.R.		Autres (préciser).	

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

II – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT :

L’enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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*)

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
(*si automédication le signaler*)

L’ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES : *ASTHME :* oui non **Si *oui*** l’enfant a-t-il un inhalateur : oui non
MEDICAMENTEUSES : oui non
ALIMENTAIRES : oui non **Si *oui*** laquelle.....
AUTRES : (*à préciser*)

PRECISER LA CAUSE de l’ALLERGIE et la CONDUITE à tenir :

INDIQUER LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

III – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Préciser si l’enfant porte des :

- Lunettes oui non
- Prothèses auditives oui non
- Prothèses dentaires oui non
- Autres (à préciser)

IV – RESPONSABLE DE L’ENFANT :

NOM : Prénom :

Adresse de domicile ou de résidence pendant le séjour :

Téléphone Fixe : de domicile ou de résidence du séjour

Téléphone Portable du Père : Travail :

De la Mère : Travail :

Nom et Tél du Médecin traitant (*facultatif*).....

Le responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Signature du responsable légal

A Courseulles le

RENSEIGNEMENTS A L’ATTENTION DE LA FAMILLE :

Coordonnées de l’Organisateur :

Accueil de Loisirs sans Hébergement

**Office Municipal d’Animation Culturelle– 56, Rue de la Mer - 14470 Courseulles s/mer,
représenté par son Président Danièle LALANDE**