

# Fiche Sanitaire De Liaison

**ENFANT :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon  Fille

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

2. **Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant a-t-il un PAI ? OUI  NON

Si oui, joindre le PAI et l'ordonnance du traitement

**ALLERGIES**

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses	Autres
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

Rubéole		Varicelle		Angine		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
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

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

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

3. **Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il, des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, etc..

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

**Responsable de l'enfant**

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TEL.FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE :

TEL BUREAU :

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable 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.

Date :

signature :