

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ACCUEILS DE LOISIRS DE CHAMPHOL**

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
SEXE : Garçon Fille
ACCUEILS DE LOISIRS DE : _____

1- VACCINATIONS (ou joindre photocopie des vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
				autres (préciser)	

Joindre obligatoirement les copies du carnet de vaccination.

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT 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.

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

RUBEOLE 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"/>	RUMATHISME 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 : Oui Non TYPE :

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

3- DIFFICULTES DE SANTE

Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation,...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Autres :

REPAS :

L'enfant est-il sous projet d'accueil individualisé ? Oui Non

5- DEPART DE L'ENFANT

L'enfant peut-il repartir seul chez lui ? Oui Non

Si non, avec qui peut-il repartir ?

- _____
- _____
- _____

6- ACTIVITES

Autorisez-vous l'enfant à participer aux activités piscine ? Oui non

L'enfant sait-t-il nager ? Oui non

7- CONTACTS EN CAS D'URGENCE

8- CONTACTS DU MEDECIN DE FAMILLE (NOM et TELEPHONE)

9- OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père

Mère

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____

Tél. bureau: _____

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisir de Champhol à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

RAPPEL :

- ' La fiche de liaison doit être réactualisée à chacune des périodes de présence de l'enfant doit informer le responsable de l'accueil de loisirs de tous changements liés à la fiche de liaison durant la période de l'accueil de loisirs.
- ' La fiche de liaison a une validité d'un an.
- ' Aucun enfant ne sera accepté dans l'accueil de loisirs sans que cette fiche de liaison soit remise au préalable au responsable de l'accueil de loisirs.
- ' Joindre les photocopies du carnet de vaccination