



-ACCUEIL D'ENFANTS -

1/ ENFANT :

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON

Centre de loisirs

Centre d'accueil

Restauration scolaire

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la présence de votre enfant au centres de loisirs ou d'accueil et au restaurant scolaire. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera conservée dans un classeur et ne sera consultable uniquement par les animateurs du service. Vous pouvez récupérer ce document en fin d'année, le laisser pour l'année suivante (après une mise à jour) et dans le cas d'une résiliation cette fiche sera passée au destructeur de document.

2/ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole.Oreillons.Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou D.T Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres	
Covid					

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication
ATTENTION !!! le vaccin antitétanique ne présente aucune contre –indication

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant suit-il un traitement médical oui non
- Avez- vous signé un P.A.I (protocole d'accueil individualisé) oui non

Si oui joindre un ex du P.A.I . Une ordonnance récente et les médicaments correspondants (btes de médicaments dans leurs emballages d'origine avec la notice, marquées au nom de l'enfant (aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)).

Ces remèdes doivent être remis au directeur ou à l'animateur.

4. 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"/>	RHUMATISME 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"/>	AUTRES

**5. INDIQUEZ CI APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

6. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

- Votre enfants porte-t-il des lunettes : oui non
- Si oui uniquement pour faire une activité de précision oui non
- Tout le temps : oui
- Des lentilles oui non

Si oui quelles sont les précautions à prendre :

- Des prothèses auditives oui non

Si oui quelles sont les précautions à prendre :

- Des prothèses dentaires oui non

Si oui quelles sont les précautions à prendre :

- Autres : (ex régime).....

Quelles sont les précautions à prendre :

7. RENSEIGNEMENTS UTILES :

- **NOM et adresse du médecin traitant** :.....
Rue.....**Ville** :.....
N° de téléphone :.....

- En cas d'accident, je désire que mon enfant soit transporté :
A la Clinique **au Centre Hospitalier**

Je soussigné (NOM et Prénom) responsable légal
de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Dates (création) :
Dates renouvellement

Signature :.....
Signature :.....
Signature du responsable,

