



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Centre de loisirs « Les Castors »

1 - **Enfant** NOM : Prénom : Date de naissance :

2 - **Nom et Prénom des personnes autorisées à venir chercher votre enfant au centre de loisirs :**

-
-

3 - **Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) : | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

4 - **Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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 aigu 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"/> | |

En cas d'allergie, précisez la cause de celle-ci et la conduite à tenir :

.....
.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

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

.....

5 - **Régime alimentaire** sans porc oui non

Autre :

6- Baignade :

Votre enfant sait-il nager ? oui non

Votre enfant a-t-il besoin de brassards, ceintures, autres ? oui non

7 - Responsables de l'enfant :

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél fixe et portable : Tél travail :

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél fixe et portable : Tél travail :

6- J'autorise l'enfant :

- à participer aux activités organisées par le centre de loisirs
- à voyager en transport collectif
- à se baigner
- à être filmé et photographié

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

Date :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :