

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2016-2017

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
Diphthérie				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.**

Nom du médecin traitant et téléphone :

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 - 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 (**l'enfant sait-il nager ?** oui non)
- 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 ») :