

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Garçon : Femme :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles de l'enfant ; elle évite de vous munir de son carnet.

2- 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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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

3- RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 DEJA 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 ARTICULAIRE AIGÛ 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 : ASTHME Oui : Non : **MEDICAMENTS** Oui : Non :
 ALIMENTAIRES Oui : Non : AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIUEZ CI-APRES :

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

.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

Adresse.....

.....

Tel fixe et portable : Bureau :

Nom et tel du médecin traitant (facultatif).....

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

Date :

Signature :

CENTRE AERE MATERNELLE
DE SIMIANE COLLONGUE

Fiche de renseignements
2019/2020

L'enfant :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Lieu :

Mère, Père, Responsable légal :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél domicile :
Tél portable :
Tél professionnel :
N° de sécurité social : Clé :
Profession du père :
Profession de la mère :

Personne à prévenir en cas d'urgence :
Tél Urgence :

AUTORISATIONS PARENTALES

Au centre aéré l'enfant est autorisé :

A venir seul :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
A quitter seul le centre :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
A participer à la baignade (uniquement l'été) :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
Mon enfant sait nager :	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
Mon enfant peut être pris en photo ou vidéo : (Dans le cadre d'un projet d'animation)	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>
J'autorise le centre à utiliser ces photos ou vidéos : (Presse, site Internet, expo)	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>

Informations supplémentaires : Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et autre...

Nom..... Tél.....
Nom..... Tél.....
Nom..... Tél.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné,.....
Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :