

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

2016/2017

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

N° Allocataire CAF : .....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

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

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 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 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  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
.....  
.....

### 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

REGIME ALIMENTAIRE :  Normal  Sans porc  Sans viande

PORT DE LUNETTES : oui  non

DE PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non

DE PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non

Autres  .....

### 4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Situation familiale :  marié(e)  Célibataire  veuf(ve)  union libre  Divorcé(e)  Pacsé(e)

NOM ..... PRÉNOM ..... QUALITE (père, mère ...)

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ... BUREAU : .....

NOM ..... PRÉNOM ..... QUALITE (père, mère ...)

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ... BUREAU : .....

**Merci de nous tenir informés de tout changement de situation.**

### 5 – AUTORISATIONS

Personnes Autorisées (A venir chercher mon enfant)

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

LIEN DE PARENTE : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

### 6 – AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

*J'autorise le personnel de la Pirouette et des Saltimbanques à photographier ou filmer notre enfant lors des différentes fêtes, activités particulières, anniversaires, sorties et éventuellement à diffuser les photographies (sur le site Internet de la MJC de Bollwiller, dans la presse locale...)*

Date :

Signature :

### 6 – AUTORISATION DE SORTIE

*J'autorise également le personnel de la Pirouette et des Saltimbanques à emmener notre enfant en sortie à pieds, en mini-bus ou en bus.*

Date :

Signature :

**OBSERVATIONS :** .....