

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

2018/2019

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 | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| 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 | |
| Ou DT polio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | Autres (préciser) | |
| Ou 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 renseignements médicaux

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
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES 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 COMPLEMENTAIRES (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...) 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 à diffuser les photographies :

sur le site Internet de la MJC de Bollwiller

sur le Facebook de la MJC

dans la presse locale

sur d'autres réseaux sociaux

Signature :

7 – 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.

Signature :