

**Photo  
Obligatoire**

# Accueil de Loisirs Sans Hébergement

## Accueils périscolaires / Restauration scolaire

### L'ENFANT

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ACTIVITES et  
SEJOURS  
ANNEE SCOLAIRE  
2019 -2020

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

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ GARÇON  FILLE

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

#### 1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Infections à Papillomavirus	
		Autres (à préciser)	

**SI L'ENFANT N'EST PAS A JOUR DES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

#### 2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs : remettre à la direction 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 administré sans ordonnance.

#### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (à titre indicatif)

	Angine	Coqueluche	Oreillons	Otite	Rhumatisme articulaire aigu	Rougeole	Rubéole	Scarlatine	Varicelle
OUI									
NON									

#### ALLERGIES :

	ASTHME	ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	AUTRES
OUI				
NON				

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR : (Si PAI (projet d'accueil individualisé) en cours joindre le protocole et toutes informations utiles)** .....

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

#### 3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il ?	Des lentilles	Des lunettes	Des prothèses auditives	Un appareil dentaire
oui				
non				

au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)  
.....

#### 4- AUTORISATIONS

	OUI	NON
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :		
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées		
Autorisation de transport en véhicule de service et car de location		

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant NOM(enfant)  
..... PRÉNOM (enfant) .....ADRESSE.....  
.....TÉL: ..... BUREAU ..... 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, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :