

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. ENFANT

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : …………………………………………….. Pays de naissance : …………………………………………………

 Fille Garçon

2. VACCINATIONS ( se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l’enfant).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCIN RECOMMANDES | DATES |
| Diphtérie |  |  |  | BCG |  |
| Tétanos |  |  |  | Hépatite B |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Ou DT Polio |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  | Autres (préciser) |  |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** | **Si Oui, veuillez préciser lequel.** |
| L’enfant suit-il un traitement médical lors de l’accueil de loisirs ? |  |  | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués 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 ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |  |  | **Oui** | **Non** |  |  | **Oui** | **Non** |
| Rubéole |  |  |  | Rhumatisme |  |  |  | Otite  |  |  |
| Varicelle  |  |  |  | Scarlatine |  |  |  | Rougeole |  |  |
| Angine |  |  |  | Coqueluche |  |  |  | Oreillons  |  |  |

Allergies

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** | **Si Oui, veuillez préciser lesquelles.** |
| Alimentaires |  |  | ……………………………………………………………………………………….. |
| Médicamenteuses |  |  | ……………………………………………………………………………………….. |
| Autres |  |  | ………………………………………………………………………………………. |

Si oui, joindre **un certificat médical** précisant la cause de l’allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**Nom, Prénom du médecin traitant de l’enfant :** ……………………………………………………………………………………………

**Numéro de téléphone :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

L’enfant présente-t-il un problème de santé ? .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Recommandations utiles des parents

Port des lunettes, de lentilles, d’appareil dentaire ou auditif, comportement de l’enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responsable de l’enfant** | **Responsable 1** | **Responsable 2** |
| **NOM Prénom** |  |  |
| **Lien de parenté avec l’enfant** |  |  |
| **Adresse du domicile** |  |  |
| **Tèl**  |  |  |
| **Courriel** |  |  |

DROIT A L’IMAGE

Votre enfant peut-il être photographié par le personnel du centre social dans le cadre des activités proposées ?

Cette photo est susceptible d’être utilisée dans différents supports de communication de la structure (site Internet, Facebook, journal…). Cochez la case correspondante.

* **J’autorise le centre social à photographier mon enfant** et à utiliser cette photo sur différents supports de communication.
* **Je n’autorise pas le centre social à photographier mon enfant** et à utiliser ces photos sur différents supports de communication.

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

Date : …………………………………………………………… Signature :