

Accueil de loisirs de Brinon sur Sauldre

Fiche sanitaire de liaison 2018-2019

L'ENFANT :

Nom : Prénom :
 Sexe : F M
 Âge : Classe :
 Date de naissance :

1 - VACCINATIONS :

(se référer au carnet de santé de l'enfant, la photocopie des pages de vaccination sera demandée à l'inscription)

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					

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin Antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

A titre indicatif, l'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme Articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : **ASTHME** oui non
AUTRES

ALIMENTAIRES oui non **PRÉCISER**

Si oui un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en-cours : oui non

(si oui, joindre obligatoirement le protocole et toutes les informations utiles)

.....

.....

INDIQUER CI-APRÈS : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

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

3 - Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il :

des lunettes oui non

des prothèses auditives oui non

des prothèses ou appareil dentaire oui non

autres recommandations (préciser ex qualité de peau ...)

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

4 – Activités sportives et baignades

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

5 – Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Numéros de téléphone

Fixe domicile : Bureau :

Portable :

Nom et tél. du médecin traitant :

.....

Je soussigné(e) Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (appel des secours...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature