

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
2020 - 2021

1 - ENFANT NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR
---	--

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

(Obligatoire : joindre la copie du carnet de vaccination : la partie des vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant 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 NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

ALLERGIES :	ASTHME : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MÉDICAMENTEUSE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	ALIMENTAIRES : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES :

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

.....

.....

.....

.....

VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE D'UN PAI (PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) : OUI NON

Si oui, prendre rendez-vous avec la direction de l'accueil de loisirs

VOTRE ENFANT A-T-IL DES BESOINS PARTICULIERS :

OUI NON

Vous pouvez en informer ci-dessous la direction de l'accueil de loisirs et/ou venir lui en parler afin que votre enfant soit accueilli dans les meilleures conditions possibles.

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

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

Téléphone perso. : Téléphone travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES - OBSERVATIONS

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

Les données collectées seront conservées le temps légal (Règlement Général sur la Protection des Données) et auront pour but d'optimiser la gestion de votre inscription. Il est possible de les modifier ou les supprimer en envoyant un mail à croc.vacances@gmail.com ou par téléphone au 07 71 54 08 58. Seuls les services internes compétents ont accès à ces données