



Fiche sanitaire de liaison



Nom de l'enfant

Prénom de l'enfant

Date de naissance ____/____/____

Garçon

Fille

Tout au long du dossier, merci d'entourer la bonne réponse

1- Vaccination (vous pouvez remplir le tableau ci-dessous ou joindre une photocopie du carnet de santé)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG			Vaccination non obligatoire depuis le décret N°2007-1111 du 17/07/2007		

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement :

oui

non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Rhumatisme Oui Non	Scarlatine Oui Non
Coqueluche Oui Non	Otite Oui Non	Rougeole Oui Non	Oreillons Oui Non	

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuse oui non
 Alimentaire oui non Autres :
 Régime alimentaire oui non Si oui précisez.....
 PAI oui non Si oui précisez.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

Veuillez préciser les dates et précautions à prendre.

.....
.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

3- Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...

.....

.....

.....

4- Responsables de l'enfant

Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Portable	Portable
Téléphone domicile	Téléphone domicile
Téléphone bureau	Téléphone bureau
Adresse	Adresse
Mail	Mail
Lieu de travail	Lieu de travail

Merci de joindre une attestation CAF ou MSA et une attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire

Régime : CAF (général) MSA (agricole)

Numéro CAF ou MSA :

Quotient Familial :

Numéro d'assurance scolaire et extra-scolaire :

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l'inscription :

..... En

cas d'urgence et de non-réponse des représentants légaux, merci de préciser les coordonnées d'une personne susceptible de vous joindre rapidement :

.....

.....

5- Autorisations

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse :	Adresse :
Numéro de téléphone	Numéro de téléphone
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse :	Adresse :
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone :

Autorise l'enfant à partir seul : oui non

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence : oui non

Autorise à prendre les moyens de transport mis en place par l'association oui non

Autorise la prise de photo : oui non

6- Informations complémentaires

Merci de préciser toutes informations susceptibles d'être utiles au centre de loisirs :

.....

.....

.....

.....