

Fiche sanitaire de liaison 2021-2022

1-ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___/___/____ Garçon Filles

N° de S.S :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ou autre (a préciser) :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur l'enfant durant toutes les activités organisées par la Mairie de Monnaie.

2-VACCINATIONS (se référer au carnet de sante ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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 Tétra coq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre-indication
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Si autres, 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) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

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

Nom du médecin traitant : tel : du médecin traitant :

Je soussigné(e) responsable légal : père mère tuteur

- autorise le directeur de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- certifie par la présente que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi.

J'autorise mon enfant :

Nom et Prénom :

- A se baigner OUI NON
- A rentrer seul à la maison OUI NON
- A être filmé et photographié dans le cadre d'animations ou d'activités proposées par la CCPS pour d'éventuelles communications d'informations. OUI NON

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom : Prénom :N° tel :
Nom : Prénom :N° tel :

Personne a contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :N° tel :

Date :

Signature :