

# Fiche sanitaire de liaison 2022-2023

## 1-ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Garçon  Fille

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 recommandes	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 ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>
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"/>
<b>Coqueluche</b>	<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>
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 :

<b>Asthme</b>	<b>Alimentaires</b>	<b>Médicamenteuses</b>
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 : .....