**Fiche sanitaire de liaison 2024-2025**

# ENFANT

Nom :……………………………………………. Prénom :……………………………………………………….

# ALLERGIES :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Asthme** | **Alimentaires** | **Médicamenteuses** |
| Oui □ Non □ | Oui □ Non □ | Oui □ Non □ |

Date de naissance : / / N° de S.S :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Garçon □ Fille □

Si autres, précisez:………………………………………………………………………………………………..

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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.

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de sante ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT

L’enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI □ NON □

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boites 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 □ Non □ | Oui □ Non □ | Oui □ Non □ | Oui □ Non □ |
| **Coqueluche** | **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** |
| Oui □ Non □ | Oui □ Non □ | Oui □ Non □ | Oui □ Non □ |

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………… 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 :