Fiche sanitaire de liaison 2024-2025

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 (**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 □

ALLERGIES :

Asthme	**Alimentaires**	**Médicamenteuses**
Oui □ Non □	Oui □ Non □	Oui □ Non □

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 :