



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon

Fille

DATES : 2021

LIEU D'ACCUEIL : Accueil de loisirs "Bonbadilom" – 32 rue du commerce – 85480 FOUGERE

Accueil de loisirs "Bonbadilom" – 21 rue des sables – 85480 THORIGNY

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA PRESENCE DE L'ENFANT SUR L'ACCUEIL DE LOISIRS ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

VACCINATIONS

PHOTOCOPIE DES VACCINS OBLIGATOIRES

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 ?

VARICELLE OUI NON	RUBEOLE OUI NON	ANGINE OUI NON	SCARLATINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

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**.

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

MÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL 1 DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE ET/OU PORTABLE DOMICILE : BUREAU :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le :

Signature :

PÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL 2 DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE ET/OU PORTABLE DOMICILE : BUREAU :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

Fait le :

Signature :