



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

DATES : 2019

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.

## 2 - VACCINATIONS

PHOTOCOPIES 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

## 3 - 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 ?

RUBÉOLE OUI      NON	VARICELLE OUI      NON	ANGINE OUI      NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI      NON	SCARLATINE 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**.

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

**4 - 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).....

**5 – 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 :

**5.1 – 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.*

Fait le :  
Signature :