

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(A RENOUVELER CHAQUE ANNEE)

**NOM DE L'ENFANT :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Ecole et classe fréquentée : \_\_\_\_\_

Sexe :  fille  garçon

Lieu de l'accueil de loisirs : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il pupille de l'état ou bénéficiaire d'un placement ?  OUI  NON

Assurance et numéro de police : \_\_\_\_\_

**Noms et prénoms des responsables de l'enfant (père, mère, tuteur) :**  
 \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone (domicile et/ou bureau) : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**VACCINATION : (à compléter précisément et joindre la copie des vaccins)**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	OUI	NON			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/oreillons/rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
				BCG	
				Autres	

Si l'enfant n'a reçu pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ?  OUI  NON  
 Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il une allergie connue :  OUI  NON  
 Si oui, préciser laquelle, la cause et la conduite à tenir : (Si PAI, merci de nous joindre une copie)

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Indiquer si l'enfant connaît ou a connu des difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, crises, rééducation, etc.) avec les dates et précautions à prendre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS / AUTORISATIONS :**

L'enfant porte-t-il des lunettes ?  OUI  NON  
 L'enfant porte-t-il des lentilles ?  OUI  NON  
 L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ?  OUI  NON  
 L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ?  OUI  NON  
 Autres recommandations (sieste, doudou, tétine, rituels, énurésie, Protocole Alimentaire Individualisé, appétit, contre-indication pour des activités, acquisition nage, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**En cas d'urgence, prévenir :**

M. \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
 M. \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
 Médecin traitant : \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre :  OUI  NON

J'autorise l'UFCV à utiliser les photographies qui seraient prises de mon enfant au cours d'activités :  OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer aux activités (physiques, sportives et/ou de plein nature, etc.) :  OUI  NON

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

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_