



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

## 2 - VACCINATIONS

**Joindre obligatoirement les copies du carnet de vaccination.**

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 pendant sa présence à l'Accueil de Loisirs ? Oui  Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente ainsi qu'une **décharge** du responsable légal, 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.**

*A titre indicatif* L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRE .....

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES .....

**P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : Oui  Non

Si Oui, joindre obligatoirement le protocole et toutes informations utiles.

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Attention : fournir obligatoirement justificatif médical décrivant précisément l'allergie et la conduite à tenir (éviction de l'aliment, tenir loin des animaux ...).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### A titre d'information :

- Si l'allergie alimentaire concerne une éviction simple de l'aliment, il n'y aura pas de substitution de l'aliment.
- Installée sur le site de l'ALVEOLE, la Cuisine Centrale de Grand Angoulême a la possibilité de fournir des repas adaptés pour certains enfants ayant des troubles de santé, uniquement dans le cadre d'un PAI validé. Pour cela, il est recommandé de prendre contact avec le responsable au 06.25.16.02.80.

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui  Non

DES LUNETTES : Oui  Non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui  Non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui  Non  (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : Oui  Non

Si oui, précisez : .....

AUTRES RECOMMANDATIONS (ex : qualité de peau, crème solaire, bonnet de bain) :

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

.....

TÉL. PORTABLE : ..... BUREAU : .....

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

*Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :