

L'ENFANT

GARÇON

FILLE

NOM : PRENOM :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

1- VACCINATIONS (Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DTPolio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Le vaccin « ROR » n'est pas une obligation, cependant, suite à l'augmentation des cas de rougeoles en France, il est vivement recommandé par l'ARS (Agence Régionale de la Santé) et le Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse.

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

VARICELLE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

ANGINE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

SCARLATINE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

OTITE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

ASTHME
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

ROUGEOLE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

OREILLONS
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES PARTICULARITES ALIMENTAIRES OU AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES CONDUITES A TENIR :

Asthme :

Allergie alimentaire :

Allergie médicamenteuse :

Autre :

Si l'enfant doit suivre un traitement durant l'accueil, n'oubliez pas de cocher l'autorisation parentale sur le dossier et de joindre l'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.

Aucun traitement médical ne pourra être administré à l'enfant sans ordonnance récente et sans autorisation écrite.

Suite FICHE SANITAIRE DE LIAISON

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

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

3- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

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)

Autres recommandations/précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- AUTORISATIONS

J'autorise les responsables de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise les responsables de l'accueil de loisirs à utiliser un désinfectant non piquant en cas de blessures ouvertes (égratignures, écorchures...).

J'autorise les responsables de l'accueil de loisirs à utiliser de la pommade à l'arnica ou des granules d'arnica en cas de coup.

J'autorise les responsables de l'accueil de loisirs à utiliser de la pommade type « Biafine » sur les brûlures non ouvertes.

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Tél. fixe (et portable), domicile : Bureau :

Nom et Tél. du médecin traitant :

Numéro de sécurité sociale sous lequel l'enfant est affilié :

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 :