

FICHE SANITAIRE DE LIAISON de l'enfant

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

POIDS :

ou 1^{er} sept 2024
ÉCOLE FRÉQUENTÉE :

CLASSE :

1 - VACCINATIONS

Joindre une photocopie du carnet de santé

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

2 - 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 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 est-il suivi par un spécialiste? oui non

3 - ALLERGIES

ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

MÉDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES (Repas spéciaux, Remarques alimentaires....)

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

.....

.....

.....

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours OUI NON
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

A.E.E.H. (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)

Titulaire de l'AEEH OUI NON

(joindre une copie de l'attestation)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION,
OPERATION, RÉÉDUCATION) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE

.....
.....

4 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI NON au besoin prévoir

DES LUNETTES: OUI NON un étui au

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON nom de l'enfant

DES PROTHÈSES / APPAREIL DENTAIRE : OUI NON

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

N° de sécurité sociale :

TEL DOMICILE :

PORTABLE :

BUREAU:

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

6- AUTRES INFORMATIONS

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 :