

FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

* / L'ENFANT :

Nom : Age :
Prénom : Garçon : / Fille :

* / MEDECIN TRAITANT :

Nom : Dr. Ville : Tel :

* / VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT Polio (ou DTCP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (Préciser)	
Ou Tétracoq ou Pentacoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
TEST BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

* / RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- MALADIES :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui / Non

Si **Oui** joindre une **Ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice, et remis au responsable). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole <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 Articulaire Aigu <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	

- ALLERGIES :

Asthme : Oui / Non Médicamenteuse : Oui / Non

Alimentaire : 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** :

.....

* / RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ... précisez.

.....

Régime alimentaire particulier (Maladies, Allergies, Religion) :

L'enfant mange t'il du porc : Oui / Non

* / AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné Mr / Mme : 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. Accorde au centre de loisirs l'autorisation de produire, d'archiver et de diffuser, sur tout document imprimé, audiovisuel ou Internet du centre de loisirs, des photographies individuelles ou de groupes, images, son et vidéos de mon enfant, dans un cadre moral de protection des mineurs. J'autorise de même mon enfant à prendre part à toutes les activités et sorties organisées par le Centre de Loisirs du Centre Communal d'Action Sociale de Château Arnoux / St-Auban. J'ai pris connaissance et accepte le règlement intérieur du centre de loisirs.

Date :

Signature :