

**FICHE SANITAIRE DE  
LIAISON 2015/2016**

**CENTRE DE LOISIRS ROBERT HEE / CLAUDE VARNIER**

**TAP (TEMPS D'ACTIVITE PERISCOLAIRE) ECOLES DE SAINT GERMAIN DU CORBEIS**

(CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES AUX ANIMATEURS)



**L'ENFANT :**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**SEXE :**  GARCON  FILLE

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**VACCINATIONS :** (merci de bien vouloir nous remettre une photocopie du carnet de santé de vos/votre enfant(s) lors de son inscription au centre, afin que nous puissions avoir une trace réel de ses vaccins)

VACCINS PRATIQUES Précisez s'il s'agit : du DT polio, coq, Tétracoq, d'une prise polio, rappels ...)	DATES DE L'INJECTION
.....	__/__/____
.....	__/__/____
.....	__/__/____
.....	__/__/____
.....	__/__/____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
<b>1<sup>er</sup> vaccin :</b>	<b>DATES :</b> __/__/____	<b>Vaccin :</b>	<b>DATES :</b> __/__/____	<b>VACCINS :</b> .....	<b>DATES :</b> __/__/____
<b>Revaccination :</b>	<b>DATES :</b> __/__/____	<b>1<sup>er</sup> Rappel :</b>	<b>DATES :</b> __/__/____	<b>VACCINS :</b> .....	<b>DATES :</b> __/__/____

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
	.....	__/__/____
	.....	__/__/____

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ?

- Oui, 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.**
- Non

**AUTORISATION :**

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :  Oui  Non
- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :  Oui  Non
- Autorisation de transport de service et car de location :  Oui  Non

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

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

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINES</b>	<b>RHUMATISMES</b>	<b>SCARLATINE</b>
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITES</b>	<b>ASTHME</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Indiquez ci-après les autres difficultés de santé en précisant les dates :

..... --/--/-----  
 ..... --/--/-----  
 ..... --/--/-----

**ALLERGIES : cochez les éléments suivants**ALIMENTAIRES : Oui  Non  si oui, lesquelles : .....MEDICAMENTEUSES : Oui  Non  si oui, lesquelles : .....AUTRES (animaux, plantes, pollen, ...) : Oui  Non  si oui, lesquelles : .....**REGIME ALIMENTAIRE :**

Votre enfant dispose-t-il d'un régime alimentaire strict (végétarien, sans porc, sans gluten...)

Oui  Non  si oui, lequel : .....**INFORMATIONS NECESSAIRES EN CAS D'URGENCE :**

Poids : ..... kg

Taille : ..... cm

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

Numéro de Sécurité Sociale : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Numéro de Téléphone :

DOMICILE	LIEU DE TRAVAIL	PORTABLE

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

signature :

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR :****OBSERVATIONS :**

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

**CACHET DE L'ORGANISME :**

--