

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018

CENTRE DE LOISIRS ROBERT HEE / CLAUDE VARNIER

ACTIVITES ET SEJOURS / ANNEE CIVILE

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



L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

SEXE :

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	
1 ^{er} vaccin :	DATES : -- / -- / ----	Vaccin :	DATES : -- / -- / ----	VACCINS :	DATES : -- / -- / ----
Revaccination :	-- / -- / ----	1 ^{er} Rappel :	-- / -- / ----	-- / -- / ----
				-- / -- / ----

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 :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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 :

