



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DE L'ENFANT 2023 - 2024**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2023 – 2024

L'ENFANT

SEXE Féminin Masculin

NOM : _____

Prénom : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Age : _____

N° sécurité sociale associée à l'enfant : _____

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) Non Oui

ALLERGIE

Alimentaire non oui Laquelle : _____

Médicamenteuse non oui Laquelle : _____

Autres non oui Laquelle : _____

PATHOLOGIE (asthme, diabète, épilepsie...)

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

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

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI :

Projet d'Accueil Individualisé non oui déjà établi (document à fournir)

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées pathologie au nom de l'enfant avec la notice)

Traitement régulier Aucun Pris au domicile A prendre sur la structure

Traitement en cas de crise (, allergie...) Non Oui

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

Prévoir PAI pour l'accompagner PAI déjà établi (à fournir)

APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

Lunette Lentilles Prothèses Auditives Prothèses Dentaires

Appareil orthopédique Lequel

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité...)

MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Nom :

Tél :

Adresse :

RESPONSABLE(S) En cas de : divorce, séparation des parents, de délégation à un tuteur/tutrice, merci de fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités de l'autorité parentale.

Mère Père Tuteur/Tutrice

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

Tél :

Mère Père Tuteur/Tutrice

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

Tél :

AUTORISATION DES RESPONSABLES

Autorise N'autorise pas

J'autorise les adultes encadrants à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'ordre médical rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

A le / /

Signature du / des responsable(s)

FICHE SANITAIRE A RETOURNER SIGNÉE A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

SIVU ENFANCE JEUNESSE DE LA VALLEE DE LA VANERA 1 RUE DU CANIGO 66340 OSSEJA

TEL : 04-30-45-14-81 PORTABLES : 06-47-29-03-79

MAIL : alsh.vanera@gmail.com