



**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 associé 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 ?**

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> 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 CANIGOU 66340 OSSEJA**

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

**MAIL : alsh.vanera@gmail.com**