

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? Oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : Médicamenteuses oui non Asthme oui non
Alimentaires oui non Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

Nom et tél. du médecin traitant :

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....
.....

Régime alimentaire : Sans porc Sans viande Aucun

PAI (protocole accueil individualisé)

IV - Responsable légal de l'enfant (1) :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Responsable légal de l'enfant (2) :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le directeur du centre de loisirs, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : _____ Date : _____
