



Fiche sanitaire de liaison

Octobre 2024

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

Enfant : fille garçon

Nom : **Prénom :**

Age :

Date de naissance : **Lieu de Naissance :**

Adresse :

Accueil : accueil de loisirs Dates du séjour : **du 21 octobre au 31 octobre 2024**

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq				B.C.G.			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? 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**.

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

III - Recommandations utiles :

L'enfant peut-il avoir un vélo ou une trottinette pour certains jours d'activités ? Oui Non

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

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

Régime alimentaire particulier :

.....

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant l'accueil :

Nom et adresse Grands-parents RINXENTOIS :

.....

Personne autorisée à récupérer l'enfant, autres que les responsables légaux :

- | | |
|---------|---------|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |

Tél. domicile : 1^{er} Parent : Travail : Portable :

2^{ème} Parent : Travail : Portable :

Nom et tél. du médecin traitant

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour 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 : Le 21 octobre 2024

A remplir par le Directeur du Centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :
Mairie - 3, rue du général de gaulle 62720 Rinxent –
Tél : 03 21 99 90 60 - mairie@ville-rinxent.fr - www.ville-rinxent.fr