



# Fiche Sanitaire de Liaison

Centre de Loisirs Municipal

St AUBIN D'AUBIGNE

Valable du 23/08/10 au 2/07/11



## Une Fiche par enfant (àagrafer au dossier d'inscription)

<b>Enfant concerné :</b>  Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/____	<b>Responsable de l'enfant :</b>  Nom : _____ Prénom : _____
---	---

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

Vaccination	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui  Non

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.

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigu		Scarlatine	
<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
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
<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 :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES (\*) oui  non  (Si OUI, certificat médical obligatoire)

(\*) Si allergies alimentaires précisez lesquelles : .....

DESCRIPTION DE LA REACTION ALLERGENE : .....

PRECISER la CONDUITE à tenir en cas d'ALLERGIE : .....

**LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE : .....

.....



• **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

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

• **AUTORISATION PARENTALE**

Je, soussigné (Père, Mère, ou tuteur légal) ..... autorise les responsables du Centre de Loisirs Municipal à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin, de préférence :

Le docteur : .....

Adresse:.....

Commune.....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Et autorise toute intervention urgente si nécessaire sous anesthésie.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

**Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.**

Date :

Signature :