

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

CENTRE D'ANIMATION DE MOZAC

NOM :

PRENOM :

VACCINATIONS :

(Fournir photocopie du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| DIPHTERIE | | | | HEPATITE B | |
| TETANOS | | | | RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE | |
| POLIOMYELITE | | | | COQUELUCHE | |
| OU DT POLIO | | | | AUTRES (PRECISER) | |
| OU TETRACOQ | | | | BCG | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ou le séjour ?

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 donné sans ordonnance.**

COCHEZ LES MALADIES QUE VOTRE ENFANT A DÉJÀ EU :

- RUBEOLE OTITE SCARLATINE VARICELLE ROUGEOLE
- COQUELUCHE ANGINE OREILLONS RHUMATISME ARTICULAIRE

P.A.I. EN COURS (Projet d'Accueil Individualisé) :

OUI NON

Motif :

Fournir une copie du PAI et une trousse marquée au nom de l'enfant contenant le traitement et l'ordonnance du médecin.



ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON
AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

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

SPÉCIFICITÉS ALIMENTAIRES :

SANS PORC SANS VIANDE SANS POISSON AUTRE :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL : (Prévoir un étui au nom de l'enfant)

- DES LENTILLES : OUI NON - DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON
- DES LUNETTES : OUI NON - DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE : OUI NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à le

Signature du ou des responsables :

