

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

## 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 :**

