

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL DE LOISIRS

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DU SEJOUR :

**1. VACCINATIONS :** Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. **Joindre une copie des vaccins**

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dernier Rappel	Vaccins recommandés	OUI	NON	Date
DIPHTERIE				HEPATITE . B			
TETANOS				RUBEOLE			
POLIOMYELITE				COQUELUCHE			
Ou DT POLIO				AUTRE (à préciser)			
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.

## 2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

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 ?

	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		

L'enfant a-t-il eu des allergies ?

Médicamenteuses  OUI  NON

Alimentaires  OUI  NON

Asthme  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, opération hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

---

---

---

### **3. RECOMMANDATIONS UTILES :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, régime alimentaire spécifique....

---

---

---

### **4. APPLICATION DE PRODUITS CUTANES**

En cas de besoin, l'équipe d'animation peut être amenée à appliquer certains produits pharmaceutiques cutanés à votre enfant. En cochant les cases suivantes vous autorisez, si la situation l'impose, l'application du produit pharmaceutique indiqué :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Crème solaire               | <input type="checkbox"/> Crème apaisante piqure d'insectes |
| <input type="checkbox"/> Gel à l'arnica (contusions) | <input type="checkbox"/> Répulsif moustiques               |
| <input type="checkbox"/> Biafine (brûlure)           | <input type="checkbox"/> Répulsif poux                     |
|  | <input type="checkbox"/> Spray antiseptique                |

### **NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :**

---

**IMPORTANT : En cas d'absence justifiée de l'enfant (sur présentation d'un certificat médical pour maladie par exemple) un remboursement pourra être effectué.**

Je soussigné(e), responsable légal (e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil 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 :**