

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022/2023

Accueil de loisirs: 3-5 ans  6-11 ans  Espace Ados

**1 – ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ GARÇON  FILLE

## 2- VACCINATIONS (DTpolio à remplir par l'équipe pédagogique).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

## 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical sur le temps d'accueil? Oui  Non

*Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes d'origine avec nom de l'enfant)  
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance*

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaires Aigu	Scarlatine
Oui /Non	Oui /Non	Oui /Non	Oui /Non	Oui /Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui /Non	Oui /Non	Oui /Non	Oui /Non	

ALLERGIES: ASTHME Oui  Non  MEDICAMENTEUSE Oui  Non   
ALIMENTAIRE Oui  Non  AUTRE \_\_\_\_\_

REGIME ALIMENTAIRE: Aucun  ou Sans viande

L'ENFANT POSSEDE -T-IL UN PAI? (*Projet d'Accueil Individualisé*): Oui  Non

AUTRES PROBLEMES DE SANTE et/ou RECOMMANDATIONS UTILES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mon enfant sait NAGER (*sans brassard*)  Mon enfant NE SAIT PAS NAGER

## 4- RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

☎ ...../...../...../...../..... (domicile)

☎ ...../...../...../...../..... (portable)

N° Sécurité sociale: \_\_\_\_\_

Nom, téléphone et ville du médecin traitant: \_\_\_\_\_

L'enfant bénéficie-t-il:  de la CMU ou de la Complémentaire santé solidaire  
(Si oui, fournir une attestation)

Nom, adresse et tél de l'assureur extra scolaire: \_\_\_\_\_

N° police d'assurance \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour et de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature:

*Coordonnées de l'organisateur*

CCAS - Pôle Jeunesse -70 Grand'rue - 34290 Servian

☎ 04.67.39.29.66 / pole.jeunesse@ccas-servian.fr