**Pôle Ados *–* Dômes Sancy Artense**

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE**  **DE LIAISON** | L’ENFANT |
| NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GARÇON  FILLE |

**1 – VACCINATIONS** : joindre la copie des pages vaccinations du carnet de santé de l’enfant.

**Pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018, 11 vaccinations sont désormais obligatoires :**

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)

- Coqueluche

- Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b

- Hépatite B

- Infections invasives à pneumocoque

- Méningocoque de sérogroupe C

- Rougeole, oreillons et rubéole.

**Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, seul le DTP est obligatoire.**

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence : 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.**

A titre indicatif L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME  ARTICULAIRE AIGÜ | 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  MEDICAMENTEUSES Oui   Non 

ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES ………………………………………………...

PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**P.A.I (projet d’accueil individualisé) dans le cadre scolaire :** Oui  Non 

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : Oui  Non 

DES LUNETTES : Oui  Non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : Oui  Non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : Oui  Non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ............................................................................................ PRÉNOM : ...............................................................

ADRESSE : .......................................................................................................................................................................

TÉL. FIXE DOMICILE : ............................................................. BUREAU : .....................................................................  
TÉL. PORTABLE 1 : ……………………………………………………………… TEL .PORTABLE 2 : …………………………………………………..

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT *(FACULTATIF) :*

*...........................................................................................................*

*Je soussigné(e), .................................................................................................................responsable légal de l’enfant, 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.*

Document issu de l’original CERFA paramétré pour les besoins de la structure ALSH interco Vallée de l’école

**Date : Signature des parents / ou des responsables légaux :**

**Document issu de l’original CERFA de la DDCS Puy de Dôme**