

# Accueil de loisirs Intercommunal – Dômes Sancy Artense

L'ENFANT

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

**1 – VACCINATIONS** : joindre le certificat médical de vaccination à jour ou une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant.

**Pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> janvier 2018, seul le DTP est obligatoire.**

### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'Accueil de loisirs : 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 AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non       MEDICAMENTEUSES Oui  Non   
 ALIMENTAIRES Oui  Non       AUTRES : .....

PRÉCISEZ 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)

.....  
 .....

### 4- AUTORISATION

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui  Non

### 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.*

Date :

Signature des parents / ou des responsables légaux :