



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2018/2019

Accueil de Loisirs intercommunal 56920 Saint Gérard

CASF Cerfa n°10008\*2

### 1. ENFANT

NOM : .....  Garçon

Prénom : .....  Fille

Né(e) le : ...../...../.....

Classe :



### 2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole Oreillon Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				BCG	
OU Tétracoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	--	--	--	--	---

L'ENFANT EST-IL CONCERNE PAR UN PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? NON  OUI

Si oui, merci de nous fournir une copie ainsi que le traitement nécessaire (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*).

ALLERGIES :	ASTHMES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres :		

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).

INDIQUER CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVE, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

En cas de traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice*). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Recommandations des parents (port de lunettes, de lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires, régime alimentaire particulier, etc.)

### 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom des représentants légaux de l'enfant : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ ☎ Fixe : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

☎ Portable père : \_\_\_\_\_ ☎ Portable mère : \_\_\_\_\_

☎ Travail père : \_\_\_\_\_ ☎ Travail mère : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_ ☎

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature :