



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 2017/2018

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 DÉJÀ 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 CONCERNÉ 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"/>	MÉDICAMENTEUSES :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres :		

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

INDIQUER CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVE, HOSPITALISATION, OPÉRATION, REÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À 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 :