|  |  |
| --- | --- |
|  | Fiche sanitaire de liaison |

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.*

*Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.*

 **Enfant :** 🞎 fille 🞎 garçon Date de naissance :

 Nom : Prénom :

 Adresse :

**Accueil :** Dates du séjour :

🞎 Séjour de vacances

🞎 Accueil de loisirs

**I - Vaccinations :** (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Dernier rappel** | **Vaccins recommandés** | **Oui** | **Non** | **Date** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-oreillon-rougeole |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |  |  |
| ou DT polio |  |  |  | Autres (*préciser*) |  |  |  |
| ou Tétracoq |  |  |  |  |  |  |  |
| B.C.G. |  |  |  |  |  |  |  |

*Joindre un certificat médical de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.* Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? 🞎 Oui 🞎 Non

Dispose-t-il d’un PAI (protocole d’accueil individualisé ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, joindre une **ordonnance et/ou PAI** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non |

Allergies : Médicamenteuses 🞎 oui 🞎 non Asthme 🞎 oui 🞎 non

Alimentaires 🞎 oui 🞎 non Autres 🞎 oui 🞎 non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.… ?

**IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant

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

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : Accueil de loisir Mairie

 320 rue des Herpens 79410 Saint-Gelais

Observations :

DDJS 52 - mars 03