

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT	AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE														
<p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Sexe : Garçon <input type="checkbox"/>      Fille <input type="checkbox"/>      POIDS :</p> <p>Responsables légaux :      TAILLE :</p> <p style="margin-left: 20px;">1. Nom, prénom</p> <p>Tel</p> <p style="margin-left: 20px;">2. Nom, prénom</p> <p>Tel</p>	<p><u>MEDECIN TRAITANT</u></p> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tel :</p> <p><u>AUTRES PERSONNES</u></p> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Lien avec l'enfant</p> <p>Tel :</p> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Lien avec l'enfant</p> <p>Tel :</p>														
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	SANTÉ DE L'ENFANT														
<p><u>VACCINATIONS OBLIGATOIRES</u></p> <p>Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite à jour OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></p> <p><i>Joindre la photocopie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations</i></p> <p>Toute vaccination non à jour et non justifiée par un certificat fera l'objet d'un signalement auprès de la PMI.</p> <p><u>MALADIES</u></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Angine <input type="checkbox"/></td> <td>Rubéole <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coqueluche <input type="checkbox"/></td> <td>Scarlatine <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oreillons <input type="checkbox"/></td> <td>Varicelle <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rougeole <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <p><u>PORT DE</u></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Lentilles <input type="checkbox"/></td> <td>Lunettes <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prothèses : Auditives <input type="checkbox"/></td> <td>Dentaires <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Autres : .....</td> </tr> </table> <p><u>Dispositions particulières pour l'Accueil de Loisirs</u></p> <p>Si votre enfant, durant son séjour, doit bénéficier d'un traitement médical,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur du centre de loisirs,</li> <li>- Avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et l'accord des responsables légaux.</li> </ul>	Angine <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>		Lentilles <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/>	Prothèses : Auditives <input type="checkbox"/>	Dentaires <input type="checkbox"/>	Autres : .....		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><u>ALLERGIES et/ou TROUBLES ALIMENTAIRES</u></p> <p>Préciser : ..... OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></p> <p><u>ASTHME</u> ..... OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></p> <p><u>AUTRE DIFFICULTE DE SANTE</u> OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser : .....</p> <p>Si la réponse est positive :</p> <p>Fournir au directeur du centre de Loisirs une copie du P.A.I avec le protocole d'urgence et la trousse médicale.</p> <p><u>P.A.I EXISTANT</u> ..... OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><u>ALLERGIES MEDICAMENTEUSE</u> OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser le médicament : .....</p> </div>
Angine <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>														
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>														
Oreillons <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>														
Rougeole <input type="checkbox"/>															
Lentilles <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/>														
Prothèses : Auditives <input type="checkbox"/>	Dentaires <input type="checkbox"/>														
Autres : .....															
COUVERTURE SOCIALE-ASSURANCE															
<p><u>N°DE SECURITE SOCIALE</u> .....</p> <p style="margin-left: 40px;">Centre payeur CPAM <input type="checkbox"/>      MSA <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Autres .....</p> <p style="margin-left: 40px;">Bénéficiaire de la C.M.U      OUI <input type="checkbox"/>    NON <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">Joindre la photocopie de l'attestation</p> <p><u>ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE</u></p> <p>Compagnie .....</p> <p>N° .....</p>															
<p>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 rendues nécessaires par l'état de l'enfant.</p> <p>Date : ..... Signature : .....</p>															