

**Fiche sanitaire de liaison**

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

Enfant <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> garçon		date de naissance :
Nom :	Prénom :	
Adresse :		

Accueil :

Accueil de loisirs de Lancieux rue des écoles 22770 LANCIEUX

I – **Vaccinations** : photocopie du carnet de vaccination

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
	Diphtérie					Hépatite B	
Tétanos			Rubéole				
Poliomyélite			Coqueluche				
Ou DT polio			Autres				
Ou Tétracoq							
BCG							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

II- **Renseignements médicaux**

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : Médicamenteuses  oui  non      Asthme :  oui  non

Alimentaires :  oui  non      Autres :  oui  non

Préciser la cause de l'allergie (joindre le certificat médical d'un allergologue)

.....

.....

En cas d'ingestion accidentelles quels sont les symptômes à surveiller :

.....

.....

Décrire la conduite à tenir en cas d'apparition des symptômes :

.....

.....

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

.....

.....

III – **Recommandation utiles** :

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

.....

.....

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

Nom : ..... Prénom .....

Adresse :

Tél : ..... Portable : .....

Nom et tél du médecin traitant :

.....

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

Date :