

FICHE SANITAIRE VILLE DE LA RICHE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

1- ENFANT

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT (L'ARRETE DU 20 FEVRIER 2003 RELATIF AU SUIVI SANITAIRE DES MINEURS EN SEJOURS DE VACANCES OU EN ACCUEIL DE LOISIRS).

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDEES	DATES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Hépatite B	<input style="width: 80px;" type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input style="width: 80px;" type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Coqueluche	<input style="width: 80px;" type="text"/>
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Haemophilus	<input style="width: 80px;" type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Pneumocoque	<input style="width: 80px;" type="text"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	Autre (préciser)	<input style="width: 80px;" type="text"/>

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : kg, Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour? Oui Non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, DIFFICULTÉS DE SOMMEIL... PRÉCISEZ.

RÉGIME ALIMENTAIRE (VÉGÉTARIEN, AUTRES...)

5- INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

6- PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : PRÉNOM : TÉLÉPHONE :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

