

# Fiche sanitaire de Liaison

1/ Enfant

Nom: .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon  Fille

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour et/ou l'accueil de loisirs ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.*

## 2/ Vaccinations **Fournir la photocopie du carnet de vaccinations.**

Pour rappel les vaccins obligatoires sont les suivants: Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite Ou DT Polio Ou Tétracoq.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention: Le Vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3/ Renseignement médicaux concernant l'enfant

♦ **L'enfant suit-il un traitement médical ?** Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

♦ **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Rubéoles                    oui  non

Varicelle                    oui  non

Coqueluche                oui  non

Otite                            oui  non

Angine                        oui  non

Rougeole                    oui  non

♦ **L'enfant mange-t-il de tout ?** Oui  non  Si non, précisez.....

♦ **L'enfant fait-il des allergies :**

Asthme oui  non

Alimentaires oui  non

Médicamenteuse oui  non

Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....  
.....

**Indiquer ci après:**

♦ **Les difficultés de santé** (maladies, accidents, crise convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

.....  
.....  
.....

♦ **Nom et coordonnées du médecin traitant**

.....  
.....  
.....

♦ **Nom du centre de sécurité sociale** (joindre une attestation)

N° de sécurité sociale : .....

♦ **Votre enfant a-t-il un accompagnement spécifiques ? (AVS, Educateur, Orthophoniste, Orthoptiste, Psychomotricienne, Psychologue.....)**

.....  
.....  
.....

♦ **L'enfant est-il affilié à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ?**

Oui  non



## 4/ Recommandation des parents

◆ **Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaire etc....**

-----

◆ **Est-ce qu'un Projet d'accueil individualisé PAI est mis en place pour votre enfants ?**

Oui  non  Si oui merci de fournir une photocopie du document.

## 5/ Responsable de l'enfant

◆ **Père** (titulaire de l'autorité parentale):

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone bureau : .....

Téléphone domicile: .....

Adresse : .....

◆ **Mère** (titulaire de l'autorité parentale):

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone portable : .....

Téléphone bureau : .....

Téléphone domicile: .....

Adresse : .....

◆ **En cas de garde alternée**, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l'inscription : .....

◆ **Nom et n° de téléphone des personnes à prévenir rapidement** (différents des parents) :

-----

## 6/ Autorisations

**L'enfant est autorisé à :**

◇ **Partir seul** (à partir de 8 ans) oui  non

◇ **Etre pris en photo** (usage interne à la structure) oui  non

En cas d'accident ou de maladie, le CSC prévient les parents le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le CSC pourra être amené à conduire l'enfant aux urgences.

Nous **autorisons**, au préalable, toute **intervention** chirurgicale **jugée nécessaire** par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**

Nous **autorisons** le CSC, en cas d'impossibilité des parents, à **reprendre l'enfant à la sortie de l'établissement de santé.**

Je soussigné(e), ....., responsable l'égal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du CSC, si nécessaire, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ..... le ..... Signature des parents :

<b>Date de validation de la fiche</b>			
Signature des Parents Cachet du CSC			