



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Centre de loisirs « Les mini-pousses »
64121 Serres-Castet

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Garçon Fille

Classe : Quotient familial : N° allocataire :

REGIME DE PROTECTION SOCIALE : Général et autres MSA (cocher la case correspondante)

1. RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

.....

Adresse mail : Adresse mail :

N° de sécurité sociale :

Médecin traitant :

Nom : Tél :

Téléphones du père :

Fixe : Travail : Portable :

Téléphones de la mère :

Fixe : Travail : Portable :

2. AUTRE :

Personnes susceptibles de venir chercher mon enfant et à prévenir en cas d'urgence

1- Tél :

2- Tél :

3- Tél :

4- Tél :

5- Tél :

3. VACCINATIONS (pas de photocopie, se référer au carnet de santé) :

Information concernant les vaccins obligatoires :

- Pour un enfant né avant le 1er janvier 2018 : contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DT Polio).

- Pour un enfant né à partir du 1er janvier 2018 : contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DT Polio), l'Haemophilus influenzae b, le pneumocoque, le méningocoque C, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons et la rubéole, la coqueluche.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DT Polio)				Hépatite B			
Haemophilus influenzae b				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Pneumocoque				Coqueluche			
Méningocoque C				Autres (préciser)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.
 Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT :

A-t-il déjà eu les maladies et/ou allergies suivantes ?

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Scarlatine		
Coqueluche		
Rougeole		
Oreillons		
Angine		
Otite		
Rhumatisme articulaire aigu		

ALLERGIES	OUI	NON
Alimentaires		
Asthme		
Médicamenteuses		
Autres (précisez)		

ATTENTION :

si votre enfant est allergique, un P.A.I (projet d'accueil individualisé) a-t-il été mis en place à son école ?

Oui (si oui, joindre la copie du PAI) Non

5. RECOMMANDATIONS UTILES :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. Précisez :

.....

Autres informations importantes :

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, etc...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

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.

Fait à, le

Signature :