



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

*cerfa*

N°10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil périscolaire; elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant et vous sera rendue à la fin de l'année scolaire afin d'être actualisée.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq				BCG	

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

### 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical :  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage 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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<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
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<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	

#### L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES ?

RESPIRATOIRES : oui non

MÉDICAMENTEUSES : oui non

ALIMENTAIRES : oui non

AUTRES.....

#### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR.

Si l'allergie de votre enfant nécessite la mise en place d'un Plan d'Accueil Individualisé, merci de prendre contact avec la responsable du centre de loisirs. En cas d'automédication, le signaler.

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

INDIQUEZ CI-DESSOUS LE **DIFFICULTES DE SANTE** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

---

**3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

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

---

**4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif).....

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, déclare :

- exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ;
- attester que mon enfant est couvert par une assurance « responsabilité civile extra-scolaire » ;
- m'engager à signaler tout changement (santé, coordonnées, personnes habilitées à récupérer mon enfant...)

Par ailleurs, j'autorise les personnes de référence inscrites sur la fiche de renseignement à venir chercher mon(mes) enfants(s).

Date :

Signature :