



FICHE SANITAIRE DE LIAISON PERISCOLAIRE/EXTRASCOLAIRE



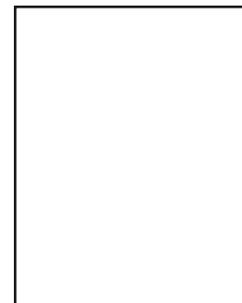
DOCUMENT CONFIDENTIEL
(Cerfa n°10008*02)

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° DE SECURITE SOCIALE DE L'ENFANT :



GARCON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au service sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs). Tout changement en cours d'année scolaire nécessite la mise à jour de la présente fiche.

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

Joindre obligatoirement la copie des vaccins de l'enfant

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI / NON		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 administré sans ordonnance.

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

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

Difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) préciser les dates et **les précautions à prendre** :

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

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON
MÉDICAMENTEUSES OUI NON
AUTRES

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

En cas de régime alimentaire, précisez :

REPAS ALTERNATIF VEGETARIEN REPAS ALTERNATIF SANS PORC

En cas de **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé), veuillez prendre connaissance de la **notice d'information « PAI / PANIER REPAS »** et renseigner et signer le formulaire « **PROTOCOLE DU PANIER REPAS** ».

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

Baignade : SAIT NAGER SE DÉBROUILLE NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

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

4. RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable N°1 : NOM..... PRENOM

ADRESSE

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM..... PRENOM

ADRESSE

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

5. MEDECIN TRAITANT

Nom..... Tél.....

Je soussigné(e), 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :