

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021

## L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON       FILLE

❖ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

➤ MEDECIN TRAITANT : ..... TEL : .....

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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 donné sans ordonnance.**

➤ ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSE : OUI  : ..... NON

ASTHME : OUI       NON

ALIMENTAIRE : OUI  : ..... NON

AUTRES : .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGE ET LA CONDUITE A TENIR :**

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

➤ P.A.I (projet d'accueil individualisé) EN COURS : OUI       NON

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

➤ DIFFICULTÉS DE SANTÉ OU APPAREILLAGE (lunette, lentilles, prothèses auditives, appareil dentaire, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

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

➤ VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

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