

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

Valable en 2021 et 2022

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

N° Allocataire CAF :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES : Enfant né AVANT le 01.01.2018				VACCINS OBLIGATOIRES : Enfant né APRES le 01.01.2018			
	oui	non	DATES DES RAPPELS		oui	non	DATES DES RAPPELS
Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Haemophilus influenza b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Pneumocoque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Méningocoque C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Hépatite B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Coqueluche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT renseignements médicaux

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence à l'Accueil 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ 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"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS LES PARTICULARITES ET DIFFICULTÉS DE SANTÉ (TROUBLES, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

REGIME ALIMENTAIRE : Normal Sans porc Sans viande
PORT DE LUNETTES : oui non
DE PROTHÈSES AUDITIVES : oui non
DE PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non
Autres

.....

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Situation familiale : marié(e) Célibataire veuf(ve) union libre Divorcé(e) Pacsé(e)

NOM PRÉNOM QUALITE (père, mère ...)

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM PRÉNOM QUALITE (père, mère ...)

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

Merci de nous tenir informés de tout changement de situation.

5 – AUTORISATIONS

Personnes Autorisées (A venir chercher mon enfant)

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

LIEN DE PARENTE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

6 – AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

J'autorise le personnel de la Pirouette et des Saltimbanques à photographier ou filmer notre enfant lors des différentes fêtes, activités particulières, anniversaires, sorties et à diffuser les photographies :

sur le site Internet de la MJC de Bollwiller

sur le Facebook de la MJC

dans la presse locale

sur d'autres réseaux sociaux

Signature :

7 – AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise également le personnel de la Pirouette et des Saltimbanques à emmener notre enfant en sortie à pieds, en mini-bus ou en bus.

Signature :