

Ville de Reuilly
Accueil de loisirs

Fiche sanitaire de liaison

Nom de l'enfant

Prénom :

Date de naissance :

Fille

garçon

I – Enfant

II – Les vaccins (Se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires Pour les enfants nés avant 2018	Date des derniers rappels	Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018	Dates des derniers rappels
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite		coqueluche	
		Haemophilus influenzae	
		Pneumocoque	
		Méningocoque C	

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

III- Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement à ce jour : oui non

Si oui un joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant.) Aucun traitement ne sera donné sans ordonnance.

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

Rubéole: oui non Varicelle: oui non Angine: oui non

Rhumatisme articulaire aigu: oui non scarlatine : oui non coqueluche :oui non

Otite : oui non Rougeole : oui non Oreillons : oui non

Allergies : Asthme : oui non médicaments : oui non Alimentaire : oui non

Autres : Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (Si automédication, le signaler !).....

.....

L'enfant présente t'il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

IV - Recommandations utiles des parents (si votre enfant porte des lunettes, prothèses dentaires, auditives, s'il mouille son lit....) Précisez :

.....

.....

V – Responsable légal de l'enfant

Nom:.....Prénom.....

Adresse :

Téléphone fixe et portable :

Téléphone travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Numéro de sécurité sociale :

L'enfant bénéficie-t il de la CMU : oui non

d'une prise en charge SS à 100% : oui non

Fournir les attestations CMA et prise en charge SS

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à mettre à jour les renseignements en cas de changement (santé de l'enfant, adresse, téléphone, vaccins).

Date : Signature :