

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT	AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE												
<p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Sexe : Garçon      Fille      Poids :</p> <p><b>Responsables légaux :</b>      Taille :</p> <p>1. Nom, prénom</p> <p>Tel</p> <p>2. Nom, prénom</p> <p>Tel</p>	<p><b>MEDECIN TRAITANT</b>                      Nom Prénom :                      Adresse :                      Tel : _____</p> <p><b>AUTRES PERSONNES</b>                      Nom, Prénom :                      Lien avec l'enfant                      Tel :                      Nom, Prénom :                      Lien avec l'enfant                      Tel :</p>												
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	SANTE DE L'ENFANT												
<p><b>VACCINATIONS OBLIGATOIRES</b></p> <p>Diptérie-Tétanos-Poliomyélite à jour OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><b>Joindre la photocopie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations</b></p> <p>Toute vaccination non à jour et non justifiée par un certificat fera l'objet d'un signalement auprès de la PMI.</p> <p><b>MALADIES</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Angine <input type="checkbox"/></td> <td>Rubéole <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coqueluche <input type="checkbox"/></td> <td>Scarlatine <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oreillons <input type="checkbox"/></td> <td>Varicelle <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rougeole <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>PORT DE</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Lentilles</td> <td>Lunettes <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prothèses : Auditives</td> <td>Dentaires <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Autres :</p> <p><b>Dispositions particulières pour l'Accueil de Loisirs</b>                      Si votre enfant, durant son séjour, doit bénéficier d'un traitement médical,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur du centre de loisirs,</li> <li>- Avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et l'accord des responsables légaux.</li> </ul>	Angine <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>		Lentilles	Lunettes <input type="checkbox"/>	Prothèses : Auditives	Dentaires <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>ALLERGIES et/ou TROUBLES ALIMENTAIRES</b>                      Préciser : OUI    NON</p> <p><b>ASTHME</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><b>AUTRE DIFFICULTE DE SANTE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser :</p> <p>Si la réponse est positive :                      Fournir au directeur du centre de Loisirs une copie du P.A.I avec le protocole d'urgence et la trousse médicale.</p> <p><b>P.A.I EXISTANT</b> OUI    NON</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ALLERGIES MEDICAMENTEUSE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser le médicament :</p> </div>
Angine <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>												
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>												
Oreillons <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>												
Rougeole <input type="checkbox"/>													
Lentilles	Lunettes <input type="checkbox"/>												
Prothèses : Auditives	Dentaires <input type="checkbox"/>												
COUVERTURE SOCIALE-ASSURANCE													
<p><b>Dispositions particulières pour l'Accueil de Loisirs</b>                      Si votre enfant, durant son séjour, doit bénéficier d'un traitement médical,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur du centre de loisirs,</li> <li>- Avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et l'accord des responsables légaux.</li> </ul>	<p><b>N°DE SECURITE SOCIALE</b></p> <p>Centre payeur CPAM <input type="checkbox"/>      MSA <input type="checkbox"/></p> <p>Autres</p> <p>Bénéficiaire de la C.M.U      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Joindre la photocopie de l'attestation</p> <p><b>ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE</b></p> <p>Compagnie</p> <p>N°</p>												
<p>Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant</p> <p style="text-align: center;">déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche</p> <p>et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.</p> <p style="text-align: right;">Signature électronique</p> <p>Date :</p>													