

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>Responsables légaux : Taille :</p> <p>1. Nom, prénom</p> <p>Tel</p> <p>2. Nom, prénom</p> <p>Tel</p>	<p>MEDECIN TRAITANT Nom Prénom : Adresse : Tel : _____</p> <p>AUTRES PERSONNES Nom, Prénom : Lien avec l'enfant Tel : Nom, Prénom : Lien avec l'enfant Tel :</p>												
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	SANTE DE L'ENFANT												
<p>VACCINATIONS OBLIGATOIRES</p> <p>Diptérie-Tétanos-Poliomyélite à jour OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Joindre la photocopie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations</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>MALADIES</p> <table border="0"> <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>PORT DE</p> <table border="0"> <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>Dispositions particulières pour l'Accueil de Loisirs Si votre enfant, durant son séjour, doit bénéficier d'un traitement médical,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur du centre de loisirs, - Avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et l'accord des responsables légaux. 	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>ALLERGIES et/ou TROUBLES ALIMENTAIRES Préciser : OUI NON</p> <p>ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE DIFFICULTE DE SANTE 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>P.A.I EXISTANT OUI NON</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ALLERGIES MEDICAMENTEUSE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser le médicament :</p> </div> <p>COUVERTURE SOCIALE-ASSURANCE</p> <p>N°DE SECURITE SOCIALE</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>ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE</p> <p>Compagnie</p> <p>N°</p>
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"/>												
<p>Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant</p> <p>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>													