



Fiche sanitaire de liaison

De l'accueil de loisirs « les Petits Malins »

1. L'ENFANT

NOM ET PRENOM

DATE DE NAISSANCE

N° DE SECURITE SOCIALE

2. DATES DES VACCINATIONS (Carnet de santé à présenter lors de l'inscription)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG				Hépatite B	
n'est plus				Pneumocoque	
obligatoire				Méningocoque C	

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui Lequel ? :

Non

L'enfant a-t-il un **P.A.I** ? Oui (document obligatoire) Non

L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES

Oui Non Oui Non Oui Non

Autres contre indications :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, nous vous remercions de la signaler)

.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?

.....

5. AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) Père Mère Tuteur légal de l'enfant

Autorise la Communauté de communes à faire soigner mes enfants et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté.

En cas d'accident : votre enfant sera transporté par les pompiers au Centre Hospitalier le plus proche ou à L'hôpital le plus proche de l'accident (en cas de sortie).

6. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom

PRENOM

ADRESSE

.....

② Domicile.....

② Travail.....

Date :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

PERSONNE, AUTRE QUE VOUS A CONTACTER EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DE L'ENFANT

Nom et prénom

②.....

Signature :

