

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

2023-2024

Valable du 1^{er} juillet au 30 juin

ENFANT Garçon Fille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale (sur lequel l'enfant est inscrit) :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS INDISPENSABLES A LA SECURITÉ DE VOTRE ENFANT

1- VACCINATIONS

Vaccin obligatoire effectué DTP : oui non

Date du dernier rappel (à compléter obligatoirement) :

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

Nom du médecin traitant (facultatif) :

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE 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 AIGU 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

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

POUR LES ALLERGIES ALIMENTAIRES JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES OU A-T'IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

PRÉCISEZ :

.....



Ado Sphère
90 rue des Plesses - 85180 Les Sables d'Olonne
02.51.23.41.85
Ado Sphère-Planète Jeunes
animateuras@lessablesdolonne.fr



4 – RESPONSABLES LEGAUX

NOM : PRÉNOM :

En qualité de : Père Mère Autre (précisez) :

ADRESSE (pendant le séjour) : TÉL. n°1
:

TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

NOM : PRÉNOM :

En qualité de : Père Mère Autre (précisez) :

ADRESSE (pendant le séjour) : TÉL. n°1
:

TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

5 – AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

En qualité de (lien avec l'enfant) :

ADRESSE (pendant le séjour) : TÉL. n°1
:

TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

NOM : PRÉNOM :

En qualité de (lien avec l'enfant) :

ADRESSE (pendant le séjour) :
:

TÉL. n°1 : TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

NOM : PRÉNOM :

En qualité de (lien avec l'enfant) :

ADRESSE (pendant le séjour) :
:

TÉL. n°1 : TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

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

Date :

Signature :