

## Fiche sanitaire de liaison Accueil Collectif de Mineurs les P'tits Loups

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| <b>L'ENFANT</b>           |       |
| NOM: _____                |       |
| PRÉNOM: _____             |       |
| DATE DE NAISSANCE : _____ |       |
| GARÇON                    | FILLE |

**1 – VACCINATIONS** : L'enfant est-il à jour dans ses vaccinations ?

**OUI                  NON**

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours    oui    non    (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

A titre indicatif **L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE   | VARICELLE   | OREILLONS   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÜ                            | SCARLATINE  |
| OUI    NON  | OUI    NON  | OUI    NON <input type="checkbox"/>                       | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  |   |   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |   |   |

**ALLERGIES** :    ASTHME                                  oui    non                                  MEDICAMENTEUSES                                  oui    non  
    ALIMENTAIRES                                  oui    non                                  AUTRES .....

**PRECISEZ L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

.....

.....

**Régime alimentaire particulier** : .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....

.....

.....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

**4- ACTIVITES SPORTIVES ET BAINADES (à renseigner obligatoirement.)**

Nous autorisons notre enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

**5 -RESPONSABLES DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

TÉL. PORTABLE : ..... DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ..... PRÉNOM .....

TÉL. PORTABLE : ..... DOMICILE : ..... BUREAU : .....

ADRESSE principale de l'enfant .....

Assurance (Nom et n° de contrat).....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Nous, soussignés,.....*

*Responsables légaux de l'enfant, ..... déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : Signature (Nom et Prénom):