

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'Accueil Collectif de Mineurs pour lequel votre enfant est inscrit. Elle est confidentielle et sera détruite à la fin de la période concernée à savoir : ALSH CCPV 2024

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracocq				Autres	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il **un traitement médical** pendant l'ACM ? Oui Non

*Si oui, joindre **une ordonnance** récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

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 AÏGU 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"/>	AUTRES

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES : _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... **Précisez.**

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : _____

N° de SECURITE SOCIALE : _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), _____, 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de l'ACM à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date : _____

Signature :