

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

L’ENFANT

 NOM :       DATE DE NAISSANCE : 01/01/2018

 PRÉNOM :

**1 – VACCINATION** (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l’enfant). **Pas de photocopie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS****OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATES DES DERNIERS****RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie | [ ]  | [ ]  |       | Hépatite B |       |
| Tétanos | [ ]  | [ ]  |       | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite | [ ]  | [ ]  |       | Coqueluche |       |
| Ou DT polio | [ ]  | [ ]  |       | Autres (préciser)      |       |
| Ou Tétracoq | [ ]  | [ ]  |       |  |  |
| BCG | [ ]  | [ ]  |       |  |  |

SI L’ENFANT N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE- INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

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

L’enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au **camp d’été gym ? OUI****[ ]  NON****[ ]**

**Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants**

**(Boite de médicaments dans leurs emballages d’origines marquées au nom de l’enfant avec la notice)**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A titre indicatif, l’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?** | **OUI** | **NON** |
| Rubéole | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Varicelle | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Angine | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Scarlatine | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Coqueluche | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Otite | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Rougeole | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Oreillons | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Rhumatisme articulaire aigüe | **[ ]**  | **[ ]**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Allergies** | **OUI** | **NON** |
| Asthme | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Alimentaires | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Médicamenteuses | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Autres      | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir.     P.A.I (Projet d’accueil individualisé) en cours. (Joindre le protocole et toutes informations utiles) | [ ]  | [ ]  |

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, REÉDUCATION…) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTION A PRENDRE.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Votre enfant porte-t-il** | **OUI** | **NON** |
| des lentilles  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| des lunettes (au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant). | **[ ]**  | **[ ]**  |
| des prothèses auditives (au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant). | **[ ]**  | **[ ]**  |
| des prothèses ou appareils (au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant). | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Autres recommandations (ex : qualité de peau, crème solaire …)      | **[ ]**  | **[ ]**  |

**4 – AUTORISATIONS**

J’autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives **OUI** [ ]  **NON** [ ]

J’autorise mon enfant à participer aux activités nautiques surveillées **OUI** [ ]  **NON** [ ]

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location **OUI [ ]  NON [ ]**

**5 – RESPONSABLES DE L’ENFANT**

NOM :       PRENOM :

ADRESSE :

TEL FIXE :       TEL PORTABLE :       TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

*Je soussigné,**responsable légal de l’enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation a prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires 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 : *01/01/2018* Signature :