

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ACTIVITES EXTRA ET PERISCOLAIRES 2018/2019

(Garderie matin et/ou soir – Accueils de Loisirs)

### ENFANT :

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

CLASSE : .....

### Vaccinations :

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non

☛ Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant, avec la notice)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole :  oui  non  
Varicelle :  oui  non

Angine :  oui  non  
Rhumatisme articulaire :  oui  non  
Scarlatine :  oui  non  
Coqueluche :  oui  non  
Otite :  oui  non  
Rougeole :  oui  non  
Oreillons :  oui  non

Régime sans porc  oui  non  
Projet d'Accueil Individualisé (PAI)  oui  non

Groupe sanguin .....

L'enfant souffre-t-il d'allergie ?

Asthme :  oui  non  
Alimentaire :  oui  non  
Médicamenteuse :  oui  non  
Autre :  oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

.....  
.....

Les difficultés de santé (maladies, accident, crise convulsive, hospitalisation, intervention chirurgicale, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents :

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

---

**Responsables de l'enfant :**

**RESPONSABLE 1**

**RESPONSABLE 2**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone travail : .....  
Téléphone portable : .....  
Mail : .....

Coordonnées du médecin traitant :

Docteur ..... Tél : .....  
Commune : .....

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.

DATE : / /

SIGNATURE :

**Toute modification est à signaler immédiatement  
auprès du Service Relation Usagers de la Mairie**

---

**OBSERVATIONS :**