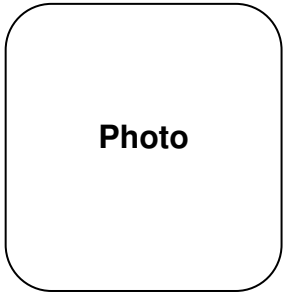




ASSOCIATION EPISEC
Centre Social / MPT BONNEVEINE
 Accueil Collectif de Mineurs
 70 avenue André Zénatti 13012 Marseille
 TEL : 04.91.73.14.59 - FAX : 04.91.73.93.27
 EMAIL : contact.bonneveine@provence.ifac.asso.fr

ANNEE 2019/2020

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Enfant

Noms /Prénoms :

Date de Naissance :

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI / NON		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	Oui	Non			
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 MÉDICAL 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 à l'accueil de loisirs ou le séjour ?

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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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

3 – ALIMENTATION – REPAS : VOTRE ENFANT PRESENTE T'IL DES ALERGIES ALIMENTAIRES

oui non

SI OUI FAIRE UN DOSSIER PAI (projet d'accueil individualisé) (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

Attention : Aucune particularité alimentaire ne sera prise en compte si elle ne relève pas d'un problème de santé. Toutefois, vous pouvez nous informer quant à d'éventuelles particularités alimentaires. Mais, nous portons à votre attention que nous ne mettrons en place aucun repas de substitution.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

4 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES : (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

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

5 - ACTIVITES SPORTIVES ET DE BAINADES :

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET OU PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement 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 :

Signature :