

LES COQS ROUGES

14, place Sainte Eulalie

33000 BORDEAUX

Tél. : 05.56.91.59.68.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Accueil de loisirs Saint Genès

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.**

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

VACCIN OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DT Polio (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)				BCG	
Ou Tétracoq				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Ou Pentacoq				Coqueluche	
				Hépatite B	
				Autres :	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 administré à votre enfant sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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 AIGÜ 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"/>	

ALLERGIES : ASTHMES OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

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

(si certificat médical, joindre une copie)

.....
.....

Un **P.A.I.** (*) a-t-il été signé OUI NON Si oui, dernière date de signature :

→ si un P.A.I. a été signé, il doit impérativement être joint à cette Fiche Sanitaire de Liaison.

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

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

3- RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRE, ETC ... ? Précisez.

.....
.....

4- RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

RESPONSABLE 2

NOM :

NOM :

PRENOM :

PRENOM :

ADRESSE :

ADRESSE :

.....

.....

TEL. DOMICILE :

TEL. DOMICILE :

.....

.....

TEL. PORTABLE :

TEL. PORTABLE :

.....

.....

TEL. BUREAU :

TEL. BUREAU :

.....

.....

ADRESSE E.MAIL :

ADRESSE E.MAIL :

.....

.....

AUTRES PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL.)

.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

5- DROIT D'IMAGE

J'AUTORISE

JE N'AUTORISE PAS

Les Coqs Rouges à utiliser les photographies éventuelles de mon enfant afin d'illustrer les supports d'information et de communication (brochures et site Internet des Coqs Rouges par exemple).

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage également à régler tous les frais qui en résulteraient.

Date :

Signature :

(*) P.A.I. : Protocole d'Accueil Individualisé.