



# Accueil de loisirs de Brinon sur Sauldre

## Fiche sanitaire de liaison



### L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  F  M

Âge : ..... Classe : .....

Date de naissance : .....

### 1 - VACCINATIONS :

(se référer au carnet de santé de l'enfant, la photocopie des pages de vaccination sera demandée à l'inscription)

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					

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

**Attention :** le vaccin Antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### 2 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

A titre indicatif, l'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes :

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rhumatisme Articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**ALLERGIES :** **ASTHME**  oui  non

**AUTRES** .....

**ALIMENTAIRES**  oui  non **PRÉCISER** .....

Si oui un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) en-cours :  oui  non

(si oui, joindre obligatoirement le protocole et toutes les informations utiles)

.....  
.....

**INDIQUER CI-APRÈS :** Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

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

---

### 3 - Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il :

- des lunettes  oui  non  
des prothèses auditives  oui  non  
des prothèses ou appareil dentaire  oui  non  
autres recommandations (préciser ex qualité de peau ...)

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

---

### 4 – Activités sportives et baignades

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

---

### 5 – Responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

#### Numéros de téléphone

Fixe domicile : ..... Bureau : .....

Portable : .....

Nom et tél. du médecin traitant : .....

.....

*Je soussigné(e) ..... Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (appel des secours...) 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**