

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Date de naissance : Classe année 2020/2021 <input style="width: 100px;" type="text"/>
---------------------------------------	--

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES
POUR LE BON DEROULEMENT DU SEJOUR DE L'ENFANT.**

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

Date du dernier DTP (Diphtérie-Tétanos-Polio) :

**Ne pas oublier de vérifier l'ensemble des vaccinations recommandées
(coqueluche, rougeole-oreillons-rubéole, hépatite B, méningocoque et pneumocoque)*

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

L'enfant a-t-il un "**Projet d'Accueil Individualisé**" (P.A.I.) ? 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**), ou le **P.A.I.** (en pages annexes du dossier administratif)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance confiée à la direction de l'Accueil de loisirs.

Particularités alimentaires (sans porc, sans viande, autres...)

P.A.I. nécessitant un repas fourni par la famille oui non

Allergies : Alimentaire: oui non Médicamenteuses oui non

 Asthme oui non Autres

Si oui préciser le type d'allergie et la conduite à tenir

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquer les informations afin que la Direction puisse accueillir votre enfant dans les meilleures conditions (maladie, accident, hospitalisation, traitement, précautions à prendre...) :

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour

Complément d'adresse

Code postal Ville

Tél. domicile Tél. portable Tél. prof

Facultatif Nom du médecin traitant Tél.

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

6 - RÉGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant

.....certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les termes.

le..... Signature de tous les responsables légaux (**obligatoire**)