**ALSH DE PLOUMAGOAR**

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L’ENFANT**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM : ……………………………………………..** | **PRÉNOM : ………………………………………** |
| **Date de naissance : …………………………….****Lieu de naissance : ……………………………..** | **Garçon ❑ Fille ❑** |

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par la ville de PLOUMAGOAR.

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS****OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **DATES DES****DERNIERS****RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDES** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Coqueluche |  |
| Tétanos |  |  |  | Hépatite B |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| **OU** DT Polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **OU** Tétracoq |  |  |  | BCG |  |

SI LE MINEUR N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il **un traitement médical au quotidien** ? ❑ Oui ❑ Non

Dispose t’il d’un P.A.I. (Protocole d’Accueil Individualisé) ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, 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 et uniquement avec l’accord du responsable du centre**

**L’ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES\* :**

ALIMENTAIRES ❑ Oui ❑ Non

MEDICAMENTEUSES ❑ Oui ❑ Non

AUTRES (animaux, plantes, pollen...) ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez la cause de l’allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d’informations médicales** (informations confidentielles), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui ❑ Non ❑

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**TSVP**

***\* champs facultatifs***

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rubéole❑ Oui ❑ Non | Varicelle❑ Oui ❑ Non | Angine❑ Oui ❑ Non | Coqueluche❑ Oui ❑ Non |
| Oreillons❑ Oui ❑ Non | Otite❑ Oui ❑ Non | Rougeole❑ Oui ❑ Non | Scarlatine❑ Oui ❑ Non |

**3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS \*:**

Port de lunettes, de lentilles, d’appareils dentaires ou auditifs, comportement de l’enfant, difficulté de sommeil : **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT \*: …………………………………………………**

Je (nous) déclare (rons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et m’engage (nous engageons) à les réactualiser si nécessaire.

J’ (nous) autorise (sons) le responsable de l’activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de santé de notre enfant.

**DATE :**

**NOM(S), PRÉNOM(S)**

**et SIGNATURE DU (DES) RESPONSABLE(S) LÉGAL(GAUX)**

***\* champs facultatifs***