

ALSH DE PLOUMAGOAR

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRÉNOM :
Date de naissance :	Garçon <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance :	Fille <input type="checkbox"/>

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
Diptérie				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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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*