



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Fille Garçon

Accueil Collectif de Mineurs :

Séjour de vacances Accueil de loisirs

Baignade : Sait nager Se débrouille Ne sait pas nager

Régime alimentaire : Sans viande Sans porc

Autres, précisez :

I - Vaccinations :

 (photocopie du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel		Vaccins recommandés	Date	
	oui	non		oui	non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ? Oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

Allergies : Médicamenteuses oui non

Asthme oui non

Alimentaires oui non

Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. portable : _____ travail : _____ domicile : _____

Mail : _____

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : _____

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'ACM à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____

Date : _____

Coordonnées de l'organisateur :

SMUC Loisirs
65 avenue Clot Bey – BP 57
13266 Marseille Cedex 20
Tél.: 06 83 68 60 91
Mail: loisirs@smuc.fr