



COMMUNE DE LAMOTTE WARFUSEE
FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SERVICES DE RESTAURATION SCOLAIRE ET D'ACCUEIL PERISCOLAIRE

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../..... Sexe : ☐ M ☐ F

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

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication à l'accueil en collectivité
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2. **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? 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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	ASTHME
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES (précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

.....
.....

3. **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement) :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles : oui ☐ non ☐

Des lunettes : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses auditives : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareils dentaires : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations / Précisez(ex : qualité de peau, crème solaire).....

Régime alimentaire spécial : ☐ Sans viande ☐ Sans porc ☐ Végétarien ☐ Autres :

4. **AUTORISATIONS :**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ☐ non ☐

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ☐ non ☐

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui ☐ non ☐

5. **RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom prénom : Portable :/...../...../...../.....

Adresse :

Nom – Tél. médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) 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 :