

Fiche sanitaire de liaison

1° - Enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon

Fille

Dès lors que la ville de Coulogne organise des temps activités périscolaire ou cantine garderie, elle est obligée de tenir à jour un dossier sanitaire au nom de chaque enfant.

Pour chaque année civile, une seule et unique fiche de renseignements médicaux concernant l'enfant doit être renseignée recto-verso et accompagnée d'une copie des pages de vaccinations de son carnet de santé. Aucune photocopie ne sera faite en mairie.

Cette simplification des formulaires d'inscription ne remet pas en cause la responsabilité du représentant légal qui doit signaler au cours de l'année civile et à chaque accueil de loisirs, les modifications intervenues sur l'état de santé de son enfant et qui doivent être mentionnées sur la présente fiche initiale.

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, en cas d'accident, pendant les différents accueils de loisirs. Un exemplaire de celle-ci sera transmis à l'organisateur, au directeur et à chaque responsable de groupe.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3° - **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Groupe Sanguin : _____ Est-il Hémophile ? Oui non

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <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	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ASTHME oui non

PRÉCISEZ LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES oui non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

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

4° - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, Etc. précisez.

5° RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Téléphone du médecin traitant _____

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exact 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.

Date : _____ Signature, _____