

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document conçu d'après le Cerfa N° 10008*02

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le centre d'accueil de loisirs de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin de l'année scolaire accompagnée d'éventuelles observations, et aucun duplicata ne sera réalisé, ni conservé par les organisateurs.

1 - ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ GARÇON FILLE

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? 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 des allergies ? oui non

Précisez le type d'allergie :

ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Autres renseignements : Votre enfant a-t-il des soucis de santé (ex : malaises fréquents, énurésie, convulsions, etc.) ?

Régime alimentaire particulier (sans porc, végétarien...)

Fournir les photocopies des vaccinations notées sur le carnet de santé, sans omettre de mettre le nom de votre Enfant sur toutes les Photocopies ! Si l'Enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Joindre obligatoirement la Photocopie de votre attestation sécurité sociale (Pas la photocopie de la carte), de votre CMU.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio)				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

2

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

	oui	Non		oui	non
RUBÉOLE			OTITE		
VARICELLE			ROUGEOLE		
ANGINE			SCARLATINE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OREILLONS		
COQUELUCHE					

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE CLSH

Responsable légal : Père Mère Tuteur

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (pendant le séjour) :

CP : Ville :

Tél. domicile : Tél. travail :

Autre personne à prévenir en cas d'absence :

Statut : (conjoint, grands-parents, ami) :

N° Tél. :

Caisse primaire d'assurance maladie :

N° Sécu :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ____ / ____ / ____ Signature :

PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE DU CLSH

N° agrément jeunesse et cohésion sociale : 067 0497 CL 0001 14

Nom du directeur de séjour

Observations faites en cours de séjour :

.....

