



Mairie de Vernars

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL DE LOISIRS

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

SEXE : Garçon FILLE

ACCUEIL DE LOISIRS DE : _____

1- VACCINATIONS (ou joindre photocopie des vaccinations)

Vaccins Obligatoires	Dates des derniers rappels		Vaccins recommandés	Dates
	OUI	NON		
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole- Oreillons-Rougeole	
Polyomyélite			Coqueluche	
Ou DT polio			BCG	
			Autres (préciser)	

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

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ? 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 eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	ARTICULARÉGÉ	SCARLATINE
<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	<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ALLERGIES :

POUSSIERES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

Autres : _____

MEDICAMENTEUSES Oui Non

POILS ET PLUMES Oui Non

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

3- DIFFICULTES DE SANTE

Précisez si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lentilles ? Oui Non

L'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? Oui Non

L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ? Oui Non

Autres : _____

5- HABITUDES DE L'ENFANT

ENDORMISSEMENT

L'enfant fait-il la sieste ? Oui Non

L'enfant dort-il avec un doudou ? Oui Non

L'enfant dort-il avec une tétine ? Oui Non

L'enfant a-t-il un rituel particulier ? Oui Non

Si oui, lequel (une chanson, une petite lumière, ...)

REPAS

L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé ? Oui Non

L'enfant goûte-t-il de tout ? Oui Non

Quel est l'appétit de l'enfant ? _____