



L'ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐**1 - VACCINATIONS**Merci de joindre la photocopie du carnet

	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS		DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Infections invasives à haemophilus influenzae de type B	
Ou Tétracoq				Infections invasives à pneumocoque	
BCG				Ménigocoque de sérogroupe	

**La vaccination contre la coqueluche, la rubéole, les oreillons et la rougeole sont obligatoire
pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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.

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

Bénéficiaire de l'AAEH oui ☐ non ☐ (joindre justificatif)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES OU DES LUNETTES : oui ☐ non ☐

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire, énurésie, fuite urinaire ...)

J'autorise les animateurs à appliquer de la crème solaire à mon enfant s'il ne peut le faire seul ☐ Oui ☐ Non
(personnel ou celle du centre)

4 - MENTIONS LEGALES RGPD

Le responsable du traitement des données recueillies via le présent formulaire est Monsieur JARRY Sylvain, Président de la CDC Andaine Passais. Les informations portées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement destiné à accueillir votre ou vos enfant(s) en centre de loisirs. Les destinataires des données sont l'équipe d'encadrement, les services de l'état comme la DDCSPP (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations), la PMI (Permanence Maternelle infantile) ainsi que les professionnels de la santé à qui votre enfant sera présenté si problème.

Ce document est conservé par le service jusqu'en janvier 2030.

En vertu du règlement général de l'UE sur la protection des données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au directeur du centre qui accueille votre ou vos enfant(s).

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

NUMERO SECURITE SOCIALE :

Je soussignée,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

Date :
SIGNATURE

Date :
SIGNATURE