

# Accueil de loisirs de Darvault

Année scolaire 2018-2019

## Fiche sanitaire de liaison

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Classe :

Nom du responsable légal :

Téléphone :

**Informations sanitaires :** (entourer si régime spécifique)

P. A. I

(Protocole d'Accueil Individualisé)

Sans porc

Végétarien

Autre : .....

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDE	OUI	NON	DATES
Diptérie				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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Asthme		Angine		Coqueluche		Oreillon		Otite	
Rhumatisme		Rougeole		Rubéole		Scarlatine		Varicelle	

Je soussigné, Mr. Mme. ....responsable légal de l'enfant .....,  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **AUTORISE** OU **AUTORISE PAS** en cas d'urgence, les personnes  
responsables de l'encadrement à prendre toutes les dispositions nécessaires en vue de la mise en œuvre des traitements  
médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.

**Assurances :**

Adresse de la Caisse d'Allocations familiales dont dépend la famille : .....

N° d'Allocataire (obligatoire) : .....

Numéro de sécurité sociale dont dépend l'enfant : .....

Avez-vous souscrit un contrat d'assurance scolaire?      OUI      NON      (si oui, joindre une copie de l'attestation)

**Recommandations des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

**Allergies et traitements en cours :**

DANS TOUS LES CAS, il vous est demandé de prendre contact avec le directeur du centre pour mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé). Sans cette démarche aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant. L'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) seront transmis lors de cet entretien avec les explications nécessaires sous l'autorité du médecin scolaire.

Allergies :

Asthme                                      oui            non            Traitement :

Médicamenteuses                      oui            non            Précision :

Alimentaires                              oui            non            Précision :

Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler pour la mise en place d'un PAI)

.....  
.....

Traitement médical spécifique                                      oui            non

.....  
.....

DATE : ...../...../.....

SIGNATURES DES PARENTS

« Lu et approuvé »