FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021-2022

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).**pas de photocopie**

VACCIN DT POLIO OBLIGATOIRE, date de dernière vaccination ……/……/……

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES ……

PRECISEZ 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)
……
……

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)
En précisant les précautions à prendre
……
……

L'enfant est-il porteur d'un handicap : oui ❑ non ❑

Nature du handicap : ……

L'enfant souffre-t-il d'un trouble cognitif (dyslexie, dysphasie, dyscalculies, trouble de l'attention …) : oui ❑ non ❑

Nature du trouble cognitif : ……

3 – **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** **(à renseigner obligatoirement.)**

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES SUCCEPTIBLES DE PERMETTRE UN ACCUEIL PLUS INDIVIDUALISE DE VOTRE ENFANT

.....

……

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ❑ non ❑

DES LUNETTES : oui ❑ non ❑

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑

AU BESOIN PREVOIR UN ETUI AU NOM DE L'ENFANT

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ❑ non ❑

Si non, précisez : ……

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

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

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

Je soussigné(e), ...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.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association pour une durée de cinq ans et seront détruites après. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, 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 secrétariat de l'ATEJ.

Date : Signature :