



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance :

 Fille Garçon**Accueil Collectif de Mineurs :** Séjour de vacances Accueil de loisirsBaignade : Sait nager Se débrouille Ne sait pas nagerRégime alimentaire : Sans viande Sans porc Autres, précisez :**I - Vaccinations :** (photocopie du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel		Vaccins recommandés	Date	
	oui	non		oui	non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (préciser)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ? Oui nonSi oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).**Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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 : Médicamenteuses oui nonAsthme oui nonAlimentaires oui nonAutres oui non**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.**III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. portable : travail : domicile :

Mail :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable de l'ACM à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

Coordonnées de l'organisateur :

SMUC Loisirs
65 avenue Clot Bey – CS 30057
13266 Marseille Cedex 08
Tél.: 06 83 68 60 91
Mail: loisirs@smuc.fr