

# SUIVI SANITAIRE

## Association Il Était Une Foix

PHOTO

Cadre réservé à l'association

L'ENFANT

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON ☐ FILLE ☐

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

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES**

→ SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre 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.**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) valide ou en cours oui ☐ non ☐

En préciser la raison ci-dessous

**SI OUI, JOINDRE LE PROTOCOLE ET TOUTES LES INFORMATIONS UTILES**

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

|                                                                         |                                                                        |                                                                       |                                                                                             |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| RUBÉOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÜ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                      |                                                                         |

**ALLERGIES :** ASTHME oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

LES **HANDICAPS VISIBLES OU INVISIBLES**, SI C'EST LE CAS, MERCI DE PRÉCISER LE(S)QUEL(S) :

.....  
.....

**FOURNIR TOUT DOCUMENT UTILE ET PRENDRE RV AVEC NOTRE RÉFÉRENTE HANDICAP**

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

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

DES PROTHÈSES AUDITIVES\* : oui ☐ non ☐ UNE OU DES PROTHÈSES : oui ☐ non ☐

UN APPAREIL DENTAIRE\* : oui ☐ non ☐ \*au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

VOTRE ENFANT : PORTE DES COUCHES oui ☐ non ☐ EST AUTONOME AUX TOILETTES oui ☐ non ☐

VOTRE ENFANT EST-IL : ÉNURETIQUE oui ☐ non ☐ ENCOPRESIQUE oui ☐ non ☐

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

.....

REGIME ALIMENTAIRE : oui ☐ non ☐ merci de préciser (sans porc, sans viande, sans sel, ...)

.....

**4- AUTORISATIONS**

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

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ☐ non ☐

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui ☐ non ☐

J'autorise mon enfant à être pris en photo (communication de l'association) : oui ☐ non ☐

**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.*

Signature :

Signature :