

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON CLSH/CVL

## 1. ENFANT

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

PRENOM : \_\_\_\_\_

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

GARCON                       FILLE

## 2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<u>OU</u> DT Polio				Autres (préciser)	
<u>OU</u> Tétracoq					
BCG					

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

ATTENTION : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

## 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement ? oui  non

Si OUI lequel : .....

.....

joindre l'ordonnance 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**

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

<b>RUBEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME                      oui  non

MEDICAMENTEUSE                      oui  non

ALIMENTAIRES                      oui  non

AUTRES : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR ( si automédication le signaler) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les **DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **DATES** et les **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

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

**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, régime alimentaire spécifique etc...  
Mouille t-il son lit occasionnellement...**PRECISEZ.**

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

**5. REponsable de l'enfant**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE :

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

N° TEL DOMICILE : Mère ..... Père .....

N° TEL BUREAU : Mère ..... Père .....

N° TEL PORTABLE : Mère ..... Père .....

N° DE SS : .....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

.....  
.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif) : .....

N° ALLOCATAIRE CAF/MSA : .....

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

Date :

Signature :