

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ACM Anim’ Ton Quartier**

***L’ENFANT***

Nom : Prénom :

Né·e le :

Genre :  Féminin  Masculin  Non-binaire

**I/ Renseignement médicaux :**

L’enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour :

 Oui  Non

Si 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 administré sans ordonnance.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** |
| Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** |
| Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non |

L’enfant a-t-il eu les allergies suivantes ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médicamenteuses** | **Alimentaires** | **Asthme** | **Autres** |
| Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non |

Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Médecin traitant *(facultatif)* :

N° de téléphone du médecin traitant :



Indiquer les difficultés de santé *(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, endométriose, …)* en précisant les dates et les précautions à prendre :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**II/ Recommandations utiles :**

Préciser si l’enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**III/ Vaccination :**

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS DE L’ENFANT (AU MOINS LES PAGES NOMINATIVES DES VACCINS DIPHTERIE, TETANOS ET POLIOMYELITE)**

*Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l’enfant n’a pas été immunisé par les vaccins obligatoire (Nota : il n’y a pas de contre-indication au vaccin antitétanique).*

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

Date : Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :