

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT :

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

31 rue de Cambis - 30340 SALINDRES

☎ 04.66.85.61.21

✉ accueil@centresocialsalindres.net

🌐 www.cscsalindres.centres-sociaux.fr

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente, signée et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice dans un sac fermé). Ainsi qu'une attestation écrite des parents autorisant la personne désignée à administrer le traitement.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Remettre le traitement au responsable accueillant les enfants (ne pas mettre dans le sac de l'enfant).

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

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 (si automédication le signaler)

Votre enfant a-t'il un PAI en cours ? (Projet Accueil Individualisé) Oui Non

Si réponse positive, veuillez préciser s'il s'agit Renouvellement ou Première fois

Si oui, je m'engage à mettre en place le PAI et précisez le type de PAI : _____

Votre enfant est-il en situation de handicap ?

Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

Si oui, perçoit-il l'AEEH :

Oui

Non

- Pour tout accueil d'un enfant en situation de handicap ou à besoins particuliers en ALSH, un Projet d'Accueil Personnalisé (PAP) sera mis en place avec notre partenaire l'association Relais Loisirs Handicap 30 (RLH 30).
- Ce PAP nous permettra d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions.

Votre enfant est-il suivi par une structure médico-sociale (CAMPS, SESSAD, CMPEA, IME...)

Oui

Non

Votre enfant est-il en cours de diagnostic ?

Oui

Non

Quel est le régime alimentaire de votre enfant ?

Classique

Végétarien

Sans porc

INDIQUEZ CI-APRES :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'enfant mouille-t-il son lit ?

Non

Oui

Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?

Non

Oui

L'enfant sait-il nager ?

Non

Oui

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour)

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____

portable : _____

travail : _____

Père : domicile : _____

portable : _____

travail : _____

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L' ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS :

