

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Club Léo Lagrange d'Hellemmes.

Elle évite de vous munir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

L'ENFANT

NOM de l'enfant : PRENOM :
 Date de naissance : Age : ans M F
 Numéro de sécurité sociale : Nom de l'assuré :
 Mutuelle (le cas échéant) : N° d'adhérent mutuelle :
 Médecin traitant (facultatif) : Nom Téléphone :
 Adresse :

LA FAMILLE (Reponsables Légaux de l'enfant)

	Nom	Prénom	Téléphone	Profession	Employeur	Tel. employeur
Père :						
Mère :						

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE BESOIN (Habilitées à venir récupérer et déposer l'enfant)

	Nom	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de parenté et/ou autres informations
Pers. 1					
Pers. 2					

LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

LES VACCINATIONS			
OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
OU DT Polio			
OU Tétracoq			
RECOMMANDEES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Coqueluche			
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
BCG			
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

AUTRES RENSEIGNEMENTS DE SANTE

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Précisez

AUTORISATIONS

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.....

OUI NON

J'autorise mon enfant à partir seul de l'accueil de loisirs

OUI NON

J'autorise l'association Club Léo Lagrange d'Hellemmes à me photographier..

OUI NON

Les photos prises seront utilisées par l'association pour notre site internet, stand d'exposition, Facebook, etc.

Date :
Nom :

Signature :

QUESTIONS MEDICALES

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

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Oreillons		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Coqueluche			Scarlatine		

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

	OUI	NON
Asthme		
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ?

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