

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ET SEJOUR

Maison de l'Enfance Ti-Lucos
29 ter route de Kerfily/ 29280 LOCMARIA-PLOUZANE
02.98.48.92.08

Il est important que cette fiche soit renouvelée chaque année dans le but d'actualiser ces données qui nous sont essentielles.

1.L'ENFANT

NOM:..... **PRENOM:**.....
SEXE(rayer la mention inutile): Garçon / fille
DATE DE NAISSANCE:...../...../.....
N° SECURITE SOCIALE/CAISSE/.....

2.RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM:..... **PRENOM:**.....
DATE DE NAISSANCE:...../...../.....
ADRESSE:.....
.....
A qui téléphoner en cas d'urgence?.....
NOM et NUMERO DE TELEPHONE du médecin traitant.....
.....

3.VACCINATIONS

(compléter ce tableau en se référant au carnet de santé de l'enfant ou bien joindre directement les photocopies des pages correspondantes aux vaccinations)

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
BCG tuberculose		R.O.R	
D.T polio		Hépatite B	
		Coqueluche	
		Autres (précisez):	

Si l'enfant n'a pas affectué les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication

4.RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes? (Cochez la case lorsqu'il l'a eu)

Rubéole | Oreillons | Varicelle | Angine | Scarlatine | Otite
Coqueluche | Rougeole | Rhumatismes articulaires aigus
Autres (précisez):.....

A-t-il de l'asthme? Oui Non

Est-il allergique à certains médicaments? Oui Non

Si oui, lesquels.....

Est-il allergique à certains aliments? Oui Non

Si oui, lesquels.....

A-t-il été victime d'accidents? Oui Non

Si oui, précisez.....

A-t-il eu un problème de santé important? Oui Non

Si oui, précisez.....

Porte-t-il des lunettes? Oui Non

Porte-t-il un appareil ou une prothèse (dentaire, auditive,...)

Si oui, précisez si il y des précautions particulières à prendre.....

.....
Autres, précisez.....

Je soussigné(e) M....., responsable de l'enfantdéclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En outre, je m'engage à rembourser les frais médicaux dont l'ALSH de Locmaria-Plouzané aura dû faire l'avance.

Fait à LOCMARIA-PLOUZANE, le/...../.....

Signature:

Remarques éventuelles:.....
.....