



# A.M.I

## L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON FILLE 

POIDS :

TAILLE :

POINTURE :

Lieu de séjour : \_\_\_\_\_

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? 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.**

A titre indicatif 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 AIGÜ 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 .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST ELLE REGLEE ? OUI  non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non   
(prévoir un certificat médical d'aptitude)

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

L'ENFANT BENEFICIE T'IL :  DE LA CMU  
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S A 100%

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

La participation de votre enfants aux activités de l'A.M.I, implique tacitement l'autorisation de prises de vue et de publications des photos ou vidéos sur lesquelles apparaît votre enfant, sur les différents supports de communication de la collectivité (site internet, blog, journaux communautaires etc.) Si vous vous y opposez, cochez la case suivante

Date : Signature :