FICHE SANITAIRE

DE LIAISON

ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON ☐ FILLE ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour le bon déroulement de l'accueil.

1 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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.

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

RUBÉOLE oui ☐ non ☐	VARICELLE oui ☐ non ☐	ANGINE oui ☐ non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE oui ☐ non ☐	
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	OTITE oui ☐ non ☐	ROUGEOLE oui ☐ non ☐	OREILLONS oui ☐ non ☐	SCARLATINE oui ☐ non ☐

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)

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

Projet d'Accueil Individualisé « PAI » :
Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI dans le cadre scolaire oui ☐ non ☐ (si oui le joindre au dossier)

2 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....

.....

.....

3 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE .....

.....

Tél fixe et portable : .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif).....

Je soussigné, ...responsable légal de l'enfant ;

- ***Reconnais avoir été informé(e) que les activités de l'accueil de loisirs de l'APEB peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif.***
- ***déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.***
- ***autorise les responsables de l'APEB à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par le centre.***

Date et signature :

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR :
A.P.E.B. – 66 bis rue Mondenard – 33000 Bordeaux