

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019

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 DÉJÀ 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. – 296 avenue Pasteur – 33185 Le Haillan