**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**2024/2025**

**PERISCO’LOISIRS**

**77 RUE DE BEAUVAIS**

**60710 CHEVRIERES**

**03 44 37 09 57**

**periscoloisirs@gmail.com**

*Cadre réservé au PERISCO’LOISIRS*

Nom de l’enfant :……………………………….…….. Prénom de l’enfant : ……………….……………………

Date de naissance : ………………………… Age : ………..….. Sexe : Garçon Fille

**VACCINATIONS (photocopies du carnet de santé) :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | oui | non | Dates des derniers rappels |  | DATES |
| Infanrix Hexa (Diphtérie,Tétanos, Polio, Coqueluche, Hépatite B, HIB |  |  |  |  |  |
| Priorix ou MMRvax Pro(Rougeole, Oreillons Rubéole) |  |  |  |  |  |
| Méningocoque C |  |  |  |  |  |
| Boostrix Tétra (Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche) |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |
| AUTRES |  |  |  |  |  |

*Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT :**

 **\* L’enfant suit-il un traitement médical ?** Oui Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans l’emballage d’origine avec la notice, marquée au nom de l’enfant / aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)*

 **\* L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes** ? Si oui, cochez la case correspondante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Rubéole*  | *Varicelle*  | *Angines*  | *Rhumatismes* *Articulaires* | *Scarlatine*  | *Coqueluche*  |
| *Otites*  | *Rougeole*  | *Oreillons*  | *Asthme*  | *Allergies*  |  |

 *1/2*

 **Indiquez ici**  toute difficulté de santé nécessitant une attention particulière, en précisant les **dates** et les **précautions à prendre** : maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, allergies médicamenteuses ou alimentaires, opérations, rééducations…

*………………………………………………….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

*Δ* ***En cas de PAI, merci de nous fournir une copie de celui-ci. Δ***

***Régime alimentaire spécifique à préciser****:*

**Recommandations utiles** : port de lunettes / lentilles, prothèses auditives / dentaires…

*………………………………………………….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

**INFORMATIONS DIVERSES**

 \* L’enfant mouille-t-il son lit ? Oui Occasionnellement Non

 \* S’il s’agit d’une fille, est-elle réglée ? Oui Non

 \* L’enfant sait il nager ? Oui Non

*(Si l’enfant a déjà une attestation délivrée par un MNS, un SB ou un BNSSA, merci de joindre une copie)*

**Nom, adresse et téléphone du médecin traitant** : …………………………………………………......................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**RESPONSABLE DE L’ENFANT**

Nom et prénom : ………………………………………………….................................................................................

Adresse :………………………………………………..................................................................................................

* Domicile………………………… Portable…………………………….. Travail…………………………………

**Personnes à joindre en cas d’indisponibilité du responsable de l’enfant :**

Nom, téléphone, lien de parenté :………………………………………………............................................................

Nom, téléphone, lien de parenté :………………………………………………............................................................

Nom, téléphone, lien de parenté :………………………………………………............................................................

*Je soussigné(e) ……………….………….….……. responsable légal de l’enfant……….…..……….………………*

*déclare exacts les renseignements mentionnés sur cette fiche sanitaire de liaison et autorise les responsables du Périsco’Loisirs de Chevrières à présenter mon enfant à un médecin. J’autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d’urgence médicalement justifiée (examen, traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie…)*

Fait le :

A :

Signature des parents ou du responsable légal : *2/2*