

Fiche sanitaire

1° - Enfant

De liaison



Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon ☐

Fille ☐

Dès lors que la ville de Coulogne organise des temps activités périscolaire ou cantine garderie, elle est obligée de tenir à jour un dossier sanitaire au nom de chaque enfant.

Pour chaque année civile, une seule et unique fiche de renseignements médicaux concernant l'enfant doit être renseignée recto-verso et accompagnée d'une copie des pages de vaccinations de son carnet de santé. Aucune photocopie ne sera faite en mairie.

Cette simplification des formulaires d'inscription ne remet pas en cause la responsabilité du représentant légal qui doit signaler au cours de l'année civile et à chaque accueil de loisirs, les modifications intervenues sur l'état de santé de son enfant et qui doivent être mentionnées sur la présente fiche initiale.

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles, en cas d'accident, pendant les différents accueils de loisirs. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Un exemplaire de celle-ci sera transmis à l'organisateur, au directeur et à chaque responsable de groupe.

2° - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3° - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe Sanguin : _____ Est-il Hémophile ? ☐ Oui ☐ non

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant 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

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

RUBEOLE ☐ oui ☐ non	VARICELLE ☐ Oui ☐ non	ANGINE ☐ Oui ☐ non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ ☐ Oui ☐ non	SCARLATINE ☐ Oui ☐ non
COQUELUCHE ☐ Oui ☐ non	OTITE ☐ Oui ☐ non	ROUGEOLE ☐ Oui ☐ non	OREILLONS ☐ Oui ☐ non	

ALLERGIES : ASTHME ☐ oui ☐ non MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
 ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non AUTRES ☐ oui ☐ non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

4° - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, Etc. précisez.

5° RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Téléphone du médecin traitant _____

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature