



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2014

Association **CAP EVASION**
 Pôle Enfance Jeunesse
 Vourze - 43590 Beauzac
 04 71 61 52 04
 cap.evasion43@orange.fr
 www.capevasion.free.fr

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : GARÇON FILLE

- **VACCINATIONS** (remplir à partir du carnet de santé de l'enfant, **ou joindre photocopies**) :

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq					

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

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

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non **Si oui lequel ?**

Si oui joindre l'**ordonnance** et les **médicaments** correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (si oui cochez la case)

RUBÉOLE <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ CI-DESSOUS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (allergies, maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations...) EN PRÉCISANT LES **DATES** ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

EN CAS D'ALLERGIES PRÉCISEZ LA CAUSE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

ALLERGIES :

ASTHME : oui non

ALIMENTAIRES : oui non

Si oui précisez :

.....

MÉDICAMENTS : oui non

Si oui précisez :

.....

• **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

(Port de lentilles, prothèses auditives, dentaires, régime alimentaire spécial (végétarien, sans porc)... précisez.

.....
.....

• **RESPONSABLES DE L'ENFANT** (précisez : père, mère, tuteur...):

LIEN DE PARENTE :	LIEN DE PARENTE :
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
.....
TÉL DOMICILE :	TÉL DOMICILE :
TÉL PORTABLE :	TÉL PORTABLE :
TÉL TRAVAIL :	TÉL TRAVAIL :

AUTRES COORDONNEES UTILES (précisez : grands-parents, beau-père, lieu de travail, etc...):

NOM : TÉL : /

NOM : TÉL : /

ADRESSE MAIL :

AUTRE :

• **AUTORISATIONS :**

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- Autorise **L'équipe de direction de l'Accueil de Loisirs à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires.**
- N'autorise pas

- Autorise Le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre
- N'autorise pas médecin et sur présentation de l'ordonnance.

- Autorise Le personnel à prendre en photos ou filmer mon enfant dans la mesure où les films et images
- N'autorise pas ne seront utilisés qu'à un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'accueil de loisirs (presse locale, site internet de l'association...)

- Autorise Le personnel à sortir mon enfant de l'établissement pour les sorties en groupe.
- N'autorise pas

- Autorise Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de
- N'autorise pas l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

- Autorise Mon enfant à rentrer seul après les activités, et/ou accompagné de : (nom, prénom, lien avec
- N'autorise pas l'enfant)

Date : **Signature :**