



ACCUEIL DE LOISIRS LA CHAPELLE LAUNAY DOSSIER D'INSCRIPTION 2018-2019

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL ET/OU LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. LES INFORMATIONS MÉDICALES SONT TRANSMISES AU DIRECTEUR D'ÉQUIPEMENT QUI SERA EN CHARGE DE LES TRANSMETTRE À L'ASSISTANT SANITAIRE DE L'ACCUEIL.

Identité de l'enfant

Nom : Prénom :
 Fille / Garçon - Né(e) le : À :
 Identité responsable Légal et téléphone :
 Adresse postale du responsable légal :
 N° de Sécurité Sociale :
 N° de mutuelle :
 Médecin traitant
 Lieu d'hospitalisation

VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Préciser la date	VACCINS RECOMMANDÉS	Préciser la date
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq			
BCG			

Joindre, un certificat médical de non contre-indication pour la pratique de certaines activités physiques.

En cas d'absence de vaccination, joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE	OTTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

L'enfant reçoit-il un traitement médical **PONCTUEL** pendant la durée de son 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).

L'assistant sanitaire de l'accueil assistera l'enfant dans la prise de médicament en spécifiant date et heure de prise sur le registre de soin. Aucun médicament ne pourra être pris par l'enfant sans ordonnance.

OBSERVATIONS MÉDICALES UTILES PENDANT LA DURÉE DE L'ACCUEIL/SEJOUR DE L'ENFANT

Alimentaire Oui Non

Si oui, avec PAI Oui**

Non sans PAI. La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date :

Médicamenteuse Oui Non

Si oui, avec PAI Oui**

Non sans PAI. La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date :

Animaux Oui Non

Si oui, avec PAI Oui**

Non sans PAI. La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date :

Asthme Oui Non

Si oui, avec PAI Oui**

Non sans PAI. La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date :

** Joindre le PAI (Protocole Accueil Individualisé) à jour, joint de la médication éventuelle de l'enfant, visé du médecin traitant.

RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX

L'enfant est-il reconnu en situation de handicap ? Oui*** Non

*** Joindre Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap)

L'enfant dispose des effets personnels suivants :

LUNETTES	LENTILLES	PROTHESES AUDITIVES	APPAREIL DENTAIRE	SEMELLE ORTHOPEDIQUE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

Indiquer si l'enfant est dans la situation suivante :

Enurésie	Encoprésie	Menstruation
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche d'inscription et autorise le responsable ou ses délégués à prendre, en cas d'accident, toutes décisions d'hospitalisation et intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé, pour notre enfant.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Fait à : Le :

Signature responsable légal :

CADRE RESERVÉ

Date de remise de la fiche sanitaire :

Visa direction d'équipement :