



Ville de Bédarieux

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueil de Loisirs sans hébergement « La Ferme des Enfants »

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom		Prénom	
Date de naissance		<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille
Numéros de téléphone			

VACCINATIONS

Votre enfant est-il à jour des vaccins Oui non

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/>	

ASTHME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	MEDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	AUTRES A préciser
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir			

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non

Merci de noter toute information jugée utile concernant le P.A.I :

INDIQUEZ CI-APRÈS, LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :**

--

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

	OUI	NON
Votre enfant porte-t-il des lentilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des lunettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des prothèses auditives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des prothèses ou appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres recommandations		

Autorisation	OUI	NON
J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.

Date :

Signature