



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

GARÇON

FILLE

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI		NON		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole	
Poliomyélite						Oreillons	
Ou DT Polio						Rougeole	
Ou Tétracoq						Coqueluche	
BCG						Autres (Préciser)	

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

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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).

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS		ASTHME	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

L'enfant présente-t-il des allergies ou régime particulier :

- Alimentaires : OUI NON
- Médicamenteuse : OUI NON

Si oui, préciser lesquels :

Conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

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

Recommandations des parents

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

4. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE (pendant le séjour)

TELEPHONE (personne à joindre pendant le séjour)

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

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

DATE

SIGNATURE

5. **AUTORISATIONS :**

J'autorise mon enfant à sortir seul du Centre de Loisirs à la fin des activités	OUI	NON
J'accepte que mon enfant soit filmé ou/et photographié, dans le cadre des activités	OUI	NON
J'autorise ces photographies à être diffusées dans le cadre de flyers, sur le site ou lors d'expositions internes à la MJC Lillebonne	OUI	NON
J'autorise mon enfant à utiliser du maquillage lors des activités	OUI	NON
J'autorise Mr / Mme (Préciser la relation avec l'enfant) à venir chercher mon enfant à la fin des activités N° de téléphone de cette personne	OUI	NON

SIGNATURE6. **ORGANISATEUR :**

Centre de Loisirs MJC Lillebonne

14 rue du Cheval Blanc

54000 Nancy

03-83-36-82-82

centredeloisirs.mjclillebonne@hotmail.com