



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020</h1>	<p><b>1 - ENFANT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRÉNOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>                      FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

**1 -DATES ET LIEU DU SÉJOUR : ACCUEILS DE LOISIRS DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DU VAL DE SULLY**

*CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DE L'ACCUEIL.*

**2 -VACCINATIONS (JOINDRE **OBLIGATOIREMENT** COPIES DU CARNET DE SANTE).**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

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

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? **OUI**                       **NON**

Si oui, pour quelle raison ? ..... (Joindre PAI signé par la CCVS)

Attention, conformément à l'article 31 du règlement intérieur, aucun médicament ne pourra être donné hors PAI.

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

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

<p><b>ALLERGIES :</b>    ASTHME    <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON                      MÉDICAMENTS <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p> <p>                         ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON                      AUTRES                      <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p> <p>PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....  
.....

REGIME ALIMENTAIRE SANS PORC

REGIME ALIMENTAIRE SANS VIANDE

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM .....

ADRESSE (PENDANT L'ACCUEIL) :  
.....

PORTABLE : ..... DOMICILE : ..... TRAVAIL : .....

MÉDECIN TRAITANT : NOM .....

ADRESSE..... TEL : .....

*Je soussigné(e) ..... 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, appel des services d'urgence, hospitalisation, intervention médicale et chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature (Obligatoire) : .....

---

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DE L'ACCUEIL DE LOISIRS :**  
**Communauté de Communes du Val de Sully – Service Petite Enfance / Enfance**  
28 route des Bordes 45460 BONNÉE **02 38 35 05 58**

**OBSERVATIONS :**

.....  
.....