



Fiche sanitaire de liaison

Année 2021

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Sexe : féminin masculin

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant pendant les activités organisées par l'A.F.M.A.C.S. et nous évite de vous demander son carnet de santé.

Cette fiche sera détruite dans 5 ans.

Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

N'oubliez pas de joindre les photocopies du carnet de vaccination !

Si vous n'avez plus le carnet de vaccinations, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication (vaccins obligatoires : diphtérie, tétanos, poliomyélite ou DT Polio ou tétracoq)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

⇒ L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de votre enfant avec la notice) - Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

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

✓ La rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	✓ Otite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
✓ La varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	✓ Angine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
✓ La coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	✓ Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
✓ La rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	✓ Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
✓ Les oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

⇒ Allergies

✓ Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
✓ Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
✓ Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
✓ Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident (si nécessaire), crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ou handicap)) ou de comportement en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS

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

.....
.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe :

Tél portable :

Tél bureau :

Nom du médecin traitant : Tél :

N° Sécurité sociale dont dépend l'enfant :

A signer à chaque période d'A.C.M.

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'A.C.M. à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant et toute intervention médicale jugée nécessaire par le médecin consulté (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

Périodes d'accueil	Date De signature	Signature
Mercredis (pour les 2-17 ans) et Samedis (pour les 11-17 ans) de Janvier à Juin		
Vacances d'Hiver		
Vacances de Printemps		
Vacances d'Eté		
Mercredis (pour les 2-17 ans) et Samedis (pour les 11-17 ans) de Septembre à Décembre		
Vacances de Toussaint		