*Code de l'action sociale et des familles*

# Fiche sanitaire de liaison

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.*
*Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.*

| | | |
|---|---|---|
| **Enfant :** | ☐ fille ☐ garçon | Date de naissance : |
| Nom : | | Prénom : |
| Adresse : | | |
| CP : | | Commune : |

Adresse Structure :
**Centre de Loisirs**
**14a rue d'Ambrières**
**52290 ECLARON**
**Tél : 03.25.05.97.68**
**cl.eclaron@ebsl.fr**

Adresse Organisateur :
**Mairie d'Eclaron-Braucourt-Ste-Livière**
**4 Place Pelletier**
**52290 ECLARON**
**Tél : 03.25.04.11.62**
**mairie.eclaron@ebsl.fr**

## I - Vaccinations : JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION

*Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.* Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** sur la période ? ☐ oui ☐ non

**Les traitements sont administrés uniquement en cas de pathologie lourde et/ou en présence d'un PAI (à fournir)**

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

| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Coqueluche |
|---|---|---|---|---|
| ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** | **COVID** |
| ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non |

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....

.....

.....

**Autorisation d'administration et d'application de : (en cas de nécessité)**

| Crème solaire | Crème contre les brûlures | Crème contre les ecchymoses | Granule d'arnica | Gel hydroalcoolique |
|---|---|---|---|---|
| ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non | ☐ oui ☐ non |

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

.....

.....

.....

## III - Recommandations utiles ET Régime alimentaire :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, prend un repas sans porc etc.… ?

.....

.....

.....

## V - Responsables légaux de l'enfant :

Responsable légal 1 :

Nom : Prénom :

Tél. domicile : travail : portable :

Responsable légal 2 :

Nom : Prénom :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant

## VI – Droit à l'image :

Autorisez-vous à ce que votre enfant soit photographié durant certaines activités du centre de loisirs ? ☐ oui ☐ non

Autorisez-vous la diffusion des photographies sur nos supports de communication (facebook, panneau pocket, site internet) ? ☐ oui ☐ non

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

***Nous vous informons de la possibilité de souscrire à une assurance de personnes, plus couvrant que la responsabilité civile***.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :