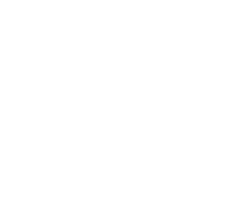
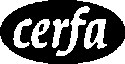
**MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**



N° 10008\*02

Code de l’Action Sociale et des Familles

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** | **1 – ENFANT** |
| NOM : |
| PRÉNOM: |
| DATE DE NAISSANCE: |
| GARÇON ☒ FILLE☐ |

**CAMP SAINT JEAN PAUL II**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Séjour** | Dates | 06/07/24 | au | 21/07/24 | Lieu |  |

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

1. **– VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations del’enfant).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

1. **– RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANTL’ENFANT**

L’enfant a-t-il un P.A.I (**Projet d'accueil individualisé)** ? OUI ☐ NON ☒

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une**ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants **(boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni sans P.A.I.**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE  OUI ☐NON ☒ | VARICELLE  OUI ☐NON ☐ | ANGINE  OUI ☐NON ☒ | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU  OUI☐NON☒ | SCARLATINE  OUI☐NON☒ |
| COQUELUCHE  OUI ☐NON☒ | OTITE  OUI ☐ NON ☒ | ROUGEOLE  OUI ☐NON ☒ | OREILLONS  OUI☐NON☒ |  |

**ALLERGIES:** ASTHME OUI☐NON☒ MÉDICAMENTEUSES OUI☐NON☒

ALIMENTAIRES OUI☐NON☒ AUTRES………………………………………….

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

1. - **RECOMMANDATIONS** UTILES DESPARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…PRÉCISEZ

1. - **PERSONNE À PREVENIR**

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

TÉL. :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)...........................................................................................................

*Je soussigné(e), 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.*

**Date : 20/04/2024 Signature:**