

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

## ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON       FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour le bon déroulement de l'accueil.

### 1 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**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.

.....

.....

.....

### Projet d'Accueil Individualisé « PAI » :

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI dans le cadre scolaire oui  non  (si oui le joindre au dossier)

### 2 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

### 3 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE .....

.....

Tél fixe et portable : .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif).....

**Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant ;**

- **Reconnais avoir été informé(e) que les activités de l'accueil de loisirs de l'APEB peuvent nécessiter des déplacements à pied ou en transport collectif.**
- **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**
- **autorise les responsables de l'APEB à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par le centre.**

**Date et signature :**

### COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR :

A.P.E.B. – 20 bis allée de la Pépinière 33450 SAINT SULPICE ET CAMEYRAC