

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - ENFANT

NOM :PRENOM : Né(e).....

VACCINATIONS

Vaccins	Oui	Non	Derniers vaccinations Date
DT POLIO			
PNEUMOCOQUE			
MENINGOCOQUE			
HEPATITE B			
COQUELUCHE			
HAEMOPHILUS INFLUENZAE			
ROUGEOLE OREILONS RUBEOLE			

MALADIES INFANTILES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :		
	Oui	Non
ASTHME		
COQUELUCHE		
OREILONS		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
ROUGEOLE		
SCARLATINE		
VARICELLE		

ALLERGIES/INTOLERANCE

	Oui	Non	Précisez
ALIMENTAIRES			
AUTRES			
MEDICAMENETEUSES			

L'enfant bénéficie -t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? Oui / Non

En cas de **PAI** merci de fournir le protocole a la directrice de l'accueil de loisirs les Corsaires du Radeau.

L'enfant est-il en situation de handicap : Oui / Non

RESPONSABLE DU MINEUR

Nom : Prénom :

Téléphone : Numéro de sécurité sociale :

Médecin traitant : Téléphone :

Hôpital souhaité :

Date :

Signature du responsable du légal de l'enfant :

Recommandations utiles des parents pour l'accueil de loisirs :

.....

.....

.....

.....

.....