



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
CENTRE SOCIAL CAP'GRAY**

NOM DE L'ENFANT : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

SEXE : GARCON FILLE

1- VACCINATION (ou joindre photocopie des vaccinations)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons - rougeoles	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
				Autres (préciser)	

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ? 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 prit sans ordonnance.

Taille : _____ Poids : _____

Groupe sanguin de l'enfant : _____

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigu		Scarlatine	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES :

RESPIRATOIRES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

Autres : _____

MEDICAMENTEUSES Oui Non

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

3- CONTACT EN CAS D'URGENCE

NOM : _____

PRENOM : _____

TEL : _____

4- CONTACT DU MEDECIN DE FAMILLE (Précisez nom, adresse, n° de téléphone)

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Tel Domicile : _____

Tel portable : _____

Tel bureau : _____

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

Date :

Signature :