Berck-sur-Mer
Bien être par nature

MINISTÈREDE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles
ANNÉE 2024

cerfa

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON ❒ FILLE❒

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

3

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

4 – 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.**

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant handicapé) :

❒OUI ❒ NON

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier : ❒OUI ❒ NON

Sans porc ☐ Sans viande ☐

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 ❑	

msa santé famille retraite services L'essentiel & plus encore
Gamins exceptionnels
ALLOCATIONS FAMILIALES Caf du Pas-de-Calais

Berck-sur-Mer
Bien être par nature

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)

……

……

……

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

……

……

……

---

5 - **RECOMMANDATIONS** UTILES DESPARENTS

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

……

……

6 -**RESPONSABLE DEL'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

……

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....BUREAU : .....

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

N° de Sécurité Sociale : …….

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 : **Signature:**

santé famille retraite services
L'essentiel & plus encore
Gamins exceptionnels
Allocations Familiales Caf du Pas-de-Calais