

**Accueil de Loisirs Sans Hébergement municipal** – Centre socioculturel Roz Avel, rue de Ty Mean  
29830 SAINT-PABU ☎ Accueil de loisirs : 02 98 89 84 84

# Fiche sanitaire de liaison 2009 / 2010

**1 - ENFANT**  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA DUREE DE L'ACCUEIL DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** 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.

Il est impératif de prévenir le responsable de l'Accueil de loisirs de toutes modifications survenant en cours d'année.

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 AIGÛ  oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE  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"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME                      oui  non   
 ALIMENTAIRES                      oui  non

MÉDICAMENTEUSES    oui  non   
 AUTRES.....

