

# ECLAIREURS LOUVETEAUX DE FRANCE

## Fiche sanitaire de liaison

### Groupe Promesse

du 21 septembre 2024 au 30 juin 2025

Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexe :  M  F

#### Vaccinations obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

Dernier rappel (se référer au carnet de santé)

Nom du vaccin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Merci de joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé (obligatoire).**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

**ATTENTION ; le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

#### Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? (même pour allergie) :  Oui  Non

Si oui pour quelle raison : \_\_\_\_\_

Lequel : \_\_\_\_\_

Prend-il des médicaments occasionnellement ?

(maux de tête, de ventre, allergie, règles, constipation, ...) :  Oui  Non

Si oui, préciser la raison et quel médicament (nom, dosage et posologie) : \_\_\_\_\_

Merci de 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.**

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises d'épilepsie, pipi au lit, tétanie, spasmophilie, hospitalisations, opérations, rééducation, bronchite ou otite...).

Merci de préciser les dates et les précautions à prendre.

Recommandations particulières (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires...) :

L'enfant sait nager :  Oui  Non

#### Allergies

Fait-il des réactions allergiques ?

✓ à des médicaments :  Oui  Non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

✓ à des aliments :  Oui  Non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

✓ aux piqûres d'insectes : Oui Non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

✓ à la poussière, acariens, graminées : Oui Non

Si oui, préciser ? \_\_\_\_\_

✓ fait-il des crises d'asthme ? : Oui Non

✓ autre : Oui Non

Si oui, préciser la cause de l'allergie : \_\_\_\_\_

Comment se manifestent ces réactions ? \_\_\_\_\_

Quel est le traitement et la conduite à tenir en cas d'allergie ou d'asthme ? (si automédication, le signaler) \_\_\_\_\_

A-t-il un traitement préventif de fond ? Si oui, lequel ? (merci de joindre l'ordonnance)

### Responsable de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (fixe et portable si possible) : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale de l'assuré(é) : \_\_\_\_\_

Caisse de rattachement : \_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_

CMU : Oui Non

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

### A remplir par le directeur à l'attention des familles

Observations : \_\_\_\_\_