

# Fiche sanitaire de liaison

Obligatoire pour tous séjour ou activité avec la CMCAS Franche-Comté

*Vous pouvez renseigner cette fiche directement depuis votre ordinateur. Enregistrez le fichier complété puis imprimez-le afin de le signer et de le transmettre à votre antenne CMCAS. Conservez votre fiche renseignée pour une utilisation ultérieure.*

## L'ENFANT

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

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  garçon  fille

## VACCINATIONS

### VACCINS OBLIGATOIRES

Diphtérie  oui  non année : \_\_\_\_\_

Tétanos  oui  non année : \_\_\_\_\_

BCG  oui  non année : \_\_\_\_\_

Poliomyélite  oui  non année : \_\_\_\_\_

ou DT polio  oui  non année : \_\_\_\_\_

ou Tétracoq  oui  non année : \_\_\_\_\_

### VACCINS RECOMMANDÉS

Hépatite B  oui  non année : \_\_\_\_\_

ROR  oui  non année : \_\_\_\_\_

Coqueluche  oui  non année : \_\_\_\_\_

Autres  oui  non année : \_\_\_\_\_

précisez : \_\_\_\_\_

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

**i** *Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication*

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (à titre indicatif)

Rubéole  oui  non

Otite  oui  non

Oreillons  oui  non

Varicelle  oui  non

Coqueluche  oui  non

Rhumatismes  oui  non

Angine  oui  non

Rougeole  oui  non

Scarlatine  oui  non

### TRAITEMENT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence durant l'activité ou le séjour ?  oui  non

**!** *Si oui : joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (avec les emballages d'origine et les notices)*

## ALLERGIES

### ASTHME

oui  non causé par : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir en cas de crise :

### MÉDICAMENTEUSE

oui  non causée par : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir en cas de crise :

### ALIMENTAIRES

oui  non causée par : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir en cas de crise :

### AUTRES

oui  non causée par : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir en cas de crise :

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Un PAI est en cours :  oui  non

Informations complémentaires :

 *Si oui : joindre le protocole à la présente fiche*

## DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...)  
en précisant les précautions à prendre :

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte des lentilles :  oui  non Des prothèses auditives :  oui  non

Des lunettes :  oui  non Des prothèses ou appareils dentaires :  oui  non

Autres recommandations (qualité de peau, crème solaire...) :

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :  oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :  oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location :  oui  non

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

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

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à : \_\_\_\_\_ En date du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :