



Association PIÂN'PIÂNE

100 Chemin de l'Épine - 76430 Saint Vigor d'Ymonville

☎ : 09 62 18 25 82 - courriel: pian.piane@laposte.net- site : pian-piane.fr

Fiche sanitaire de liaison Septembre 2022 –Août 2023 Accueil de loisirs mercredi Accueil de loisirs vacances Stages -Ecole Autrement <i>Code PP :</i>	ENFANT : Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance : _____ Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> N° Allocataire CAF : _____
--	---

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Cette fiche est conservée un an et détruite.

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

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
DT Polio (Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite)				B.C.G.	
Ou Tétracoq				Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Ou Pentacoq				Autres (préciser)	

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

2 – Renseignements médicaux :

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 et prénom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

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

Rubeole 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 aigu 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
 médicamenteuse oui non
 alimentaire oui non
 lesquelles ?.....

Précisez la cause de l'allergie et conduite à tenir. Si automédication, le signaler ; si certificat médical, le joindre.

.....

Indiquez ci-après les informations liées à la santé de votre enfant qui semblent importantes de nous communiquer :

.....

Un Programme d'Accueil Individualisé a-t-il été signé oui non Si oui, dernière date et signature :
→ si oui, merci de le joindre à ce document

Votre enfant a-t-il une reconnaissance de la MDPH * oui non En cours ? oui non

*MDPH : Maison Départementale des personnes handicapées

→ Si oui, merci de le joindre à ce document.

3 – Recommandations utiles des parents :

Taille de votre enfant : Poids de votre enfant :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ? Précisez :

.....

.....

4 – Responsables légaux de l'enfant

Père

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

TEL. FIXE DOMICILE :

TEL. PORTABLE :

TEL BUREAU :

COURRIEL :

Profession

Mère

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

TEL. FIXE DOMICILE :

TEL. PORTABLE :

TEL BUREAU :

COURRIEL :

Profession :

Autres personnes à prévenir en cas d'accident ou de maladie (nom et téléphone):

.....

.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

Votre mutuelle santé :

5 – Assurance responsabilité civile

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de contrat :

6 – Droit à l'image

J'autorise

oui

non

L'association Piân'Piâne à utiliser les photographies éventuelles de mon enfant afin d'illustrer les supports d'information et de communication (brochures par exemple) ainsi que le site internet pian-piane.fr

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage également à régler tous les frais qui en résulteraient.

Date :

Signature :