



## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

### Enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance :

☐ Fille ☐ Garçon

### Accueil Collectif de Mineurs :

☐ Séjour de vacances ☐ Accueil de loisirs

Baignade : ☐ Sait nager ☐ Se débrouille ☐ Ne sait pas nager

Régime alimentaire : ☐ Sans viande ☐ Sans porc

☐ Autres, précisez : .....

### I - Vaccinations : (photocopie du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dernier rappel | Vaccins recommandés | oui | non | Date |
|----------------------|-----|-----|----------------|---------------------|-----|-----|------|
| Diphtérie            |     |     |                | Hépatite B          |     |     |      |
| Tétanos              |     |     |                | Rubéole             |     |     |      |
| Poliomyélite         |     |     |                | Coqueluche          |     |     |      |
| ou DT polio          |     |     |                | Autres (préciser)   |     |     |      |
| ou Tétracoq          |     |     |                |                     |     |     |      |
| B.C.G.               |     |     |                |                     |     |     |      |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant l'accueil ? ☐ Oui ☐ non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

| Rubéole                                                   | Varicelle                                                 | Angine                                                    | Scarlatine                                                | Coqueluche                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite                                                     | Rougeole                                                  | Oreillons                                                 | Rhumatisme articulaire aigu                               |                                                           |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                                                           |

Allergies : Médicamenteuses ☐ oui ☐ non

Asthme ☐ oui ☐ non

Alimentaires ☐ oui ☐ non

Autres ☐ oui ☐ non

### Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

### III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...?

### IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. portable : travail : domicile :

Mail :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

### Coordonnées de l'organisateur :

**SMUC Loisirs**  
65 avenue Clot Bey – CS 30057  
13266 Marseille Cedex 08  
Tél.: 06 83 68 60 91  
Mail: loisirs@smuc.fr