



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I. **ENFANT** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SEXE : Garçon  Fille  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

POIDS : \_\_\_\_\_

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.*

II. **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
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES

III. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

**Allergies :** Asthme oui  non  Médicamenteuses oui  non   
Alimentaires oui  non  Autres.....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)**

---



---



---

**Indiquez ci-après : les difficultés de santé** (maladies, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

---



---



---

IV. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....Précisez.

---



---



---

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_  
(N'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.)

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

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

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné..... père, mère, responsable légal de l'enfant, autorise M. ou Mme.....munie d'une pièce d'identité, à venir chercher l'enfant au Club des Enfants à ma place en cas d'impossibilité de ma part.

*Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Fait à :

Signature :

Date :

**Conditions d'ANNULATION / INTERRUPTION – NURSERIE/MINI-CLUB**

Le Club des Piou/Piou des Menuires et/ou St Martin de Belleville se réserve la possibilité de refuser la présence de l'enfant notamment en cas de maladie (cas de force majeure)

**Toute demande d'annulation en cas de force majeure doit nous parvenir au plus tard la veille de la prestation et sur présentation d'un justificatif. A défaut, la journée sera facturée selon les tarifs publics en vigueur.**

*En cas d'annulation pour **raisons médicales**, les journées consommées seront facturées selon les tarifs publics en vigueur :*

- Tarifs 2024/2025 :
- ½ journée : 55 €
  - 1 repas : 31€