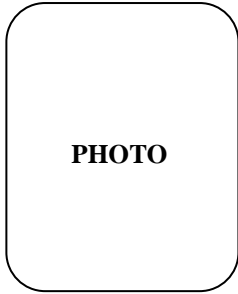




Mairie du Pouliguen  
 Service des accueils de loisirs « La Caravelle »  
 16 bis allée des mouettes  
 44510 Le Pouliguen  
 Tel : 02.40.42.29.08



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ENFANT**

NOM	PRENOM	DATE de NAISSANCE	maternelle 3/6 ans	primaire 6/11 ans	<u>Prendre des photos</u>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**RESPONSABLE LEGAL**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 ☎ domicile : ..... ☎ Bureau : ..... ☎ Portable : .....  
 ☎ Bureau : ..... ☎ Portable : .....

**VACCINATIONS**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (à préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Joindre les photocopies des vaccinations du carnet de santé.

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom : ..... Adresse : .....  
 .....  
 ☎ Cabinet : .....

En l'absence de médecin traitant, le service peut contacter le 15 pour avis.

**INFORMATIONS MEDICALES**

**OBSERVATIONS PARTICULIERES :**

Régime alimentaire :  Non  Oui.....  
 Intolérance alimentaire :  Non  Oui.....  
 Contre indication médicamenteuse :  Non  Oui.....  
 Allergies :  Non  Oui.....  
 Autres : .....

Un enfants ayant une allergie nécessitant des soins particuliers, doit faire l'objet d'un protocole d'accueil d'urgence établi par le médecin de la protection maternelle et infantile(PMI) avant de pouvoir venir sur le service.

**L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Varicelle  Scarlatine  Rubéole  Rougeole  Otites  Oreillons  Asthme  Angine   
 Rhumatismes  Coqueluche  Autres : .....

**Poids de l'enfant :** .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire de liaison.  
 En cas de nécessité, j'autorise l'hospitalisation de mon enfant à..... (Sans précision, l'enfant sera conduit à l'hôpital le plus proche), ainsi que son anesthésie en vue d'une intervention chirurgicale.

DATE : ..... Signature : .....