

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

2024

ENFANT

Garçon

Fille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale (sur lequel l'enfant est inscrit) :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS INDISPENSABLES A LA SECURITÉ DE VOTRE ENFANT

1- VACCINATIONS

Vaccin obligatoire effectué DTP : oui non

Date du dernier rappel (à compléter obligatoirement) :

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 CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant (facultatif) :

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 de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA 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

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

POUR LES ALLERGIES ALIMENTAIRES JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

L'ENFANT A-T-IL UN DOSSIER MDPH (à fournir le cas échéant) : oui non

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES OU A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

PRÉCISEZ :

.....
.....

4 – RESPONSABLES LEGAUX

NOM : PRÉNOM :
En qualité de : Père Mère Autre (précisez) :
ADRESSE (pendant le séjour) :
: TÉL. n°1
: TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

NOM : PRÉNOM :
En qualité de : Père Mère Autre (précisez) :
ADRESSE (pendant le séjour) :
: TÉL. n°1
: TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

5 – AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
En qualité de (lien avec l'enfant) :
ADRESSE (pendant le séjour) :
: TÉL. n°1
: TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

NOM : PRÉNOM :
En qualité de (lien avec l'enfant) :
ADRESSE (pendant le séjour) :
:
TÉL. n°1 : TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

NOM : PRÉNOM :
En qualité de (lien avec l'enfant) :
ADRESSE (pendant le séjour) :
:
TÉL. n°1 : TÉL. n°2 : TÉL. n°3:

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

Date :

Signature :