

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT :

GARÇON

FILLE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° DE SECURITE SOCIALE (sur lequel l'enfant est inscrit) :

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

2 - 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				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant (facultatif):

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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**.

4 - 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 :

.....
.....

5 – RESPONSABLES LEGAUX

NOM : PRÉNOM :

En qualité de : Père Mère Autre (précisez) :

ADRESSE (pendant le séjour) :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE : BUREAU :

NOM : PRÉNOM :

En qualité de : Père Mère Autre (précisez) :

ADRESSE (pendant le séjour) :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE : BUREAU :

6 – AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

En qualité de (lien avec l'enfant) :

ADRESSE (pendant le séjour) :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE : BUREAU :

NOM : PRÉNOM :

En qualité de (lien avec l'enfant) :

ADRESSE (pendant le séjour) :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE : BUREAU :

NOM : PRÉNOM :

En qualité de (lien avec l'enfant) :

ADRESSE (pendant le séjour) :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE : BUREAU :

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 :