FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant : ☐ fille ☐ garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

Vaccins	Dernier rappel	Vaccins	Date
DTPOLIO		Ménigocoque C	
Hépatite B		Pneumocoque	
R.O.R		Haemophilius influenzae B	
Coqueluche		autres	

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 le séjour ? ☐ 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
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

⇒ Allergies :

- médicamenteuses ☐ oui ☐ non
- asthme ☐ oui ☐ non
- alimentaires ☐ oui ☐ non
- autres ☐ oui ☐ non Préciser…….

- Existence d'un PAI ☐ oui ☐ non (jointe impérativement le protocole et l'ordonnance)

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, etc... ?

……

……

……

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

Tél. domicile : ……travail : ……. Portable : …….

Nom et tél. du médecin traitant : ……

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 (*précédée de la mention lu et approuvé*) :