

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :

FILLE

GARÇON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR / LES ACTIVITÉS DE L'ENFANT,

ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

• **VACCINATIONS** (Joindre une copie des vaccins)

Vaccins Obligatoire	Oui	Non	Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Genevac	
Ou Tétracoq				Meningitec	
BCG				Pentavac	
Infanrix				Prevenar	
Engérix				Autres (préciser)	
Priorix					
Revaxis					

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

• **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour / les activités ? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant et avec la notice**)

Le traitement sera **remis à l'équipe d'animation au moment du départ**
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

• **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

Père / mère / tuteur : TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU/PORTABLE :

Père / mère / tuteur : TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU/PORTABLE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

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

MALADIES	OUI	NON
RUBEOLÉS		
VARICELLE		
ASTHME		
ANGINE		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITES		
ROUGEOLÉS		
OREILLONS		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE		

ALLERGIES	OUI	NON
MEDICAMENTS :		
-		
-		
ALIMENTS :		
-		
-		
-		
AUTRES :		

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

.....

.....

.....

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**. **Ces informations sont primordiales pour un accueil de qualité et sécuritaire, pour votre enfant. Les informations sont confidentielles et à l'usage exclusif des professionnels**

.....

.....

.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

D'ordre médical (port de lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives, dentaires, etc...) :

.....

.....

D'ordre général (handicap visible ou invisible, régime alimentaire spécifique, comportement, etc...) :

.....

.....

6 – DIVERS

Au cas où vous ne seriez vous-même pas joignable pendant la durée des activités / du séjour de votre enfant, pouvez-vous Indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

.....

.....

.....

Je soussigné **responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.**

Date :

Signature :