**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**2024-2025**

 FILLE NOM DE L’ENFANT:

PRÉNOM DE L’ENFANT : GARÇON

DATE DE NAISSANCE :

AGE DE L’ENFANT :

CLASSE :

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins** **Obligatoire** | **Oui** | **Non** | **Dates des****Derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  |  |  | 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 suis-t-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 |
| rubéoles |  |  |
|  Varicelle |  |  |
| Asthme |  |  |
| Angine |  |  |
| Scarlatine |  |  |
| coqueluche |  |  |
| otites |  |  |
| Rougeoles  |  |  |
| Oreillons |  |  |
| rhumatisme articulaire aigue |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Allergies | Oui | Non |
| Médicaments :-- |  |  |
| 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 :**