

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2023 - 2024

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT.

2 - **VACCINATIONS** (joindre obligatoirement une copie du carnet de santé).

| VACCINS OBLIGATOIRES | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| | oui | non | | | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Méningocoque C | |
| 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

L'enfant suit-il un **traitement médical**? Oui Non

L'enfant a-t-il un P.A.I. ? (Projet d'Accueil Individuélisé) Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBÉOLE | OREILLONS | ROUGEOLE | VARICELLE |
|---|---|---|---|
| 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)

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (en précisant les dates et les précautions à prendre)

| | | | | | |
|--------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-------|
| Maladie | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Accident | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Crises convulsives | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Hospitalisation | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Opération | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Rééducation | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

| | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-------|
| Lentilles | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Lunettes | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Prothèses auditives | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Prothèses dentaires | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Difficulté de sommeil | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Énurisie nocturne | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Autres (comportement de l'enfant) | | | | | |

4 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Responsable légal 1

Nom, prénom

Adresse (pendant le séjour).....

Tél. domicile..... Tél. portable..... Tél. travail.....

Responsable légal 2

Nom, prénom

Adresse (pendant le séjour).....

Tél. domicile..... Tél. portable..... Tél. travail.....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif).....

Fournir une copie de l'attestation de Sécurité Sociale et la mutuelle.

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant, déclare exactes 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 :