

# 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Méningocoque C	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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"/>			

**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 :**