



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p><b><u>L'ENFANT</u></b></p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>    FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

**1 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

**2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** actuellement ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente 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 ?

<p><b>RUBÉOLE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>VARICELLE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ANGINE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>SCARLATINE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>
<p><b>COQUELUCHE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>OTITE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ROUGEOLE</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>OREILLONS</b></p> <p>oui <input type="checkbox"/>    non <input type="checkbox"/></p>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non       MÉDICAMENTEUSES    oui  non

ALIMENTAIRES oui  non     AUTRES \_\_\_\_\_

**INTOLERANCES ALIMENTAIRES** : oui  non  Lesquelles : \_\_\_\_\_

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

Votre enfant fait-il l'objet D'UN PROTOCOLE d'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) concerne les enfants atteints de troubles de la santé ?  OUI  NON

---

---

Votre enfant fait-il l'objet D'UN PROTOCOLE d'ACCUEIL ALIMENTAIRE concerne les enfants avec une allergie à un aliment ?  OUI  NON

---

---

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education Enfants Handicapés :  OUI  NON

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)**

---

---

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES à renseigner obligatoirement**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

- DES LUNETTES ?  OUI  NON (Prévoir un étui à son nom)
- DES PROTHÈSES AUDITIVES ?  OUI  NON (Prévoir un étui à son nom)
- DES PROTHÈSES DENTAIRES ?  OUI  NON (Prévoir un étui à son nom)
- DES DIABOLOS ?  OUI  NON

AUTRES INFORMATIONS :

---

---

**4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

---

**Numéros de téléphone :**

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

COMMUNE du MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---