

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2023 - 2024

<p>1 - ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>	<p>CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT</p> <p>ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA DÉTRUITE À LA FIN DU SÉJOUR</p>
---	---

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

Pour les enfants nés à partir de 2018, les 11 vaccinations sont obligatoires pour la collectivité.

(Obligatoire : joindre la copie du carnet des pages de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES (enfants nés avant 2018)			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
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** pendant le séjour ? 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES :	ASTHME : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ALIMENTAIRES : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MÉDICAMENTEUSE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON AUTRES :
--------------------	--	--

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

.....

VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE D'UN PAI (PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) : OUI NON

Si oui, prendre rendez-vous avec la direction de l'accueil de loisirs

VOTRE ENFANT A-T-IL DES BESOINS PARTICULIERS : OUI NON

Vous pouvez en informer ci-dessous la direction de l'accueil de loisirs et/ou venir lui en parler afin que votre enfant soit accueilli dans les meilleures conditions possibles.

.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

Téléphone perso. : Téléphone travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné 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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES - OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....