

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, elle permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable de l'accueil, et le cas échéant, aux services médicaux.

### 1- ENFANT



NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

GARCON

FILLE

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

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DES VACCINS A JOUR**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (à préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication  
**ATTENTION** le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
RUBEOLE			COQUELUCHE		
VARICELLE			ROUGEOLE		
OREILLONS			SCARLATINE		
OTITE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
ANGINE					

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ? OUI  NON

Si OUI merci de joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice)

AUCUN médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance

L'enfant a-t-il des allergies ? Asthme : OUI  NON

Alimentaires : OUI  NON

Médicamenteuses OUI  NON

Autres \_\_\_\_\_

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication merci de le signaler) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REGIME ALIMENTAIRE :**

Pas de régime particulier       Sans porc       Sans viande       Autre : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il un suivi médical et/ou psychologique particulier (en dehors de l'accueil) ? OUI  NON

Si OUI précisez : \_\_\_\_\_

Problèmes rencontrés dans la vie quotidienne OUI  NON

Si OUI précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il incontinent ? OUI  NON  Précisez :  urinaire       fécale

A quelle fréquence ?  Régulièrement       Occasionnellement       Uniquement la nuit

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?  OUI       NON

**INDIQUEZ CI-APRES**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires..., précisez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5- RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

**COORDONNEES TELEPHONIQUES :**      DOMICILE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PORTABLE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      BUREAU \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOM ET TELEPHONE DU MEDECN TRAITANT : \_\_\_\_\_

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 :