



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021-2022

## 1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE 

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.**

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

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

Poids : \_\_\_\_\_ kg ; Taille : \_\_\_\_\_ cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non L'enfant a-t-il un **PAI** ? 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?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**Allergies:** ALIMENTAIRES oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

MEDICAMENTEUSES oui  non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

ASTHME oui  non

## AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

SANS VIANDE                       SANS PORC                       AUTRES (préciser) : \_\_\_\_\_

**Indiquez ci-après:**

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

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?**    OUI                       OCCASIONNELLEMENT                       NON   
**BAIGNADE :** SAIT NAGER                       SE DEBROUILLE                       NE SAIT PAS NAGER   
**S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?**    OUI                       NON

**Observations diverses :**

---

---

## 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

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

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

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.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'assuré(e) :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature: