

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

## L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

GARCON      FILLE

DATE DE NAISSANCE :

**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 (Obligatoires pour les naissances à partir de 2018)	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Taille :                      Poids                      (Informations importantes en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI    NON	VARICELLE OUI    NON	ANGINE OUI    NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI    NON	SCARLATINE OUI    NON
COQUELUCHE OUI    NON	OTITE OUI    NON	ROUGEOLE OUI    NON	OREILLONS OUI    NON	

**ALLERGIES :**    ASTHME                      oui    non                      MÉDICAMENTEUSES    oui    non  
                         ALIMENTAIRES            oui    non                      AUTRES

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

VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ? Oui Non

**VOTRE ENFANT A-T-IL ?**

DES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

DES **DIFFICULTES DE COMPORTEMENT** (timidité, angoisses, relation avec les autres enfants, avec les adultes...) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

MERCI DE PRECISER SI VOTRE ENFANT PORTE DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES (Prévoir les étuis ad hoc au nom de l'enfant)

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? Oui Non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (régime alimentaire particulier...)

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉLÉPHONE(S) où vous joindre pendant la journée :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

*Je soussigné(e), ( père, mère, tuteur), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, en suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :