

# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant. **Une fiche sanitaire par séjour.**



**1 L'ENFANT** Nom : ..... Prénom : .....  
Date de Naissance: ...../...../.....  Garçon  Fille

**2 RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**  Père  Mère  Autre :  
.....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse durant le séjour : .....  
CP : ..... Ville : .....

Séjour :  
date :  
Parent 1: .....  
Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....  
Parent 2: .....  
Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

### 3 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 Ou DT polio Ou Tétracoq				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

**Obligatoire : Fournir la photocopie du carnet de santé avec les vaccins à jours au nom de l'enfant.**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. **ATTENTION ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

### 4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ? Votre enfant à t-il déjà eu les maladies suivantes :

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.

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Oreillons	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Votre enfant à t'il des allergies

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

Asthme OUI  NON   
Médicamenteuses OUI  NON   
Alimentaires OUI  NON

Si autre, préciser ci-contre :

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

**Indiquez ci-après :** les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

TYPE DE REPAS : Classique  Sans viande  Sans porc

Nom et prénom enfant :

Séjour :

date :

## 5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant bénéficie de l'AAEH ? OUI  NON

Votre enfant bénéficie de la PAI ? OUI  NON  Si oui, joindre une copie du PAI avec la fiche sanitaire.

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

.....

## 6 OBLIGATOIRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : ..... Lien avec l'enfant :.....

Adresse : ..... CP : ..... Ville :.....

Tél port : ..... Tél maison : ..... Tél prof : .....

Mail :.....

Je soussigné(e) .....en tant que responsable légal, autorise mon enfant à partir sur ce séjour et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :                      Date :

Signature (obligatoire)

### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances :

.....

Observations :

.....

.....

.....