FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Féminin: ☐ Masculin: ☐

Né, née le : ..... Lieu de naissance : ..... Département ou pays : .....

Adresse:.....

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'URGENCE

Poids : ..... Taille : ..... Âge : .....

RESPONSABLES DE L'ENFANT:

Parent 1 : Nom : ..... Prénom : ..... Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

Parent 2 : Nom : ..... Prénom : ..... Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

MÉDECIN TRAITANT:

Nom : ..... N° de téléphone : .....

TRAITEMENT EN COURS:

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice. Aucun médicament ne sera donné sans ces éléments.

VACCINATION: (joindre copies des vaccinations)

Vaccins obligatoires	**OUI**	**NON**	**Dates des derniers rappels**	**Vaccins obligatoires (enfant né à partir de 2018)**	**OUI**	**NON**	**Dates**
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)				Coqueluche			
				Haemophilus influenzae type B			
				Hépatite B			
				Pneumocoque			
				Méningocoque C			
				Rougeole, oreillons, rubéole			
				Autre (à préciser)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ALLERGIES:

Asthme : ☐ OUI ☐ NON Médicamenteuses : ☐ OUI ☐ NON

Alimentaire : ☐ OUI ☐ NON Autre : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signaler si auto-médication)

.....

.....

.....

MALADIE:

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes:

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non
Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Autre:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents.

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné·e,....., responsable légal·e de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date: Signature: