



FICHE SANITAIRE de LIAISON

Photo obligatoire
de l'enfant
à coller

1-ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / ☐ Fille ☐ Garçon

Père NOM : Prénom :
Tél domicile : / / Tél Travail : / / Port : / / /

Mère NOM : Prénom :
Tél domicile : / / Tél Travail : / / Port : / / /

2-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccin	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (obligatoire)			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

Joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé (pages vaccins) ou certificat de vaccinations.

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ☐ 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**)

Lors d'un séjour, autorisez-vous l'administration à administrer du paracétamol en cas de fièvre et de douleur ? ☐ oui ☐ non

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance médicale prescrite par le médecin.

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

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

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

Asthme ☐ oui ☐ non Médicamenteuses ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non Autres ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler) :

Indiquez si votre enfant rencontre des difficultés de santé particulières (maladie, accident, crise convulsion, hospitalisation, opération, rééducation) et quelles sont les précautions à prendre et les éventuels soins à apporter ?

Existence d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ☐ oui (en fournir un exemplaire) ☐ non

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ☐ Sans Porc ☐ Sans Viande ☐ Autre, à préciser

Nom du médecin traitant : N° de téléphone :

4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5-AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, responsable légal(e) 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 :