



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<p><b>1 - ENFANT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRÉNOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>                      FILLE <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT.

SUITE AUX CHANGEMENT DE LEGISLATION PAR RAPPORT A LA PROTECTION DES DONNEES, **CETTE FICHE DOIT RESTER CONFIDENTIELLE. ELLE DOIT ETRE REMISE SOUS ENVELOPPE FERMEE.** SEUL LE DIRECTEUR DE LA STRUCTURE OU L'ASSISTANT SANITAIRE LE CAS ÉCHÉANT EN PRENDRA CONNAISSANCE ET PRENDRA LES MESURES NECESSAIRES AU BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT.

**SI VOTRE ENFANT SOUFFRE D'UNE MALADIE CHRONIQUE (ASTHMES, ALLERGIES, EPILEPSIE...), MERCI DE VOUS RAPPROCHER DES DIRECTEURS DE S STRUCTURES.**

**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
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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**

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**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**                    ASTHME                    OUI    NON     MEDICAMENTEUSE OUI    NON   
   ALIMENTAIRES   OUI    NON     AUTRES :.....

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

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

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

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ... ..

ADRESSE .....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... / .....

TÉL. BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

*Je soussigné ..... 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.*

Date :

Signature :