

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT, ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE OU SERA DÉTRUITE À LA FIN DE L'ANNÉE.

NOM DU RESPONSABLE DU GROUPE :
 ANNÉE SCOLAIRE :
 GROUPE :

1 – ENFANT

NOM :
 PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

2 – VACCINATIONS

Deux possibilités :

- Joindre une copie du **carnet de santé** de votre enfant (avec mention visible de son identité)
- Joindre une **attestation signée par un professionnel de santé habilité** indiquant que l'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires

| VACCIN OBLIGATOIRE | CALENDRIER VACCINAL |
|---|--|
| Diphtérie | Obligatoire à 11 mois, 6 ans puis entre 11 et 13 ans |
| Tétanos | Obligatoire à 11 mois, 6 ans puis entre 11 et 13 ans |
| Poliomyélite | Obligatoire à 11 mois, 6 ans puis entre 11 et 13 ans |
| Ou vaccin combiné (DT polio/Tétracoq/Revaxis/Infanrix/...) | Obligatoire à 11 mois, 6 ans puis entre 11 et 13 ans |

*Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccinations obligatoires, joindre un **certificat médical de contre-indication** (attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)*

SANS JUSTIFICATIF QUE L'ENFANT EST À JOUR DE SES VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU SANS CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION, VOTRE ENFANT DISPOSE DE 3 MOIS POUR SE METTRE À JOUR, APRÈS QUOI L'ACCUEIL POURRA LUI ÊTRE REFUSÉ.

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant les activités du groupe ? 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).*

CONSIGNES PARTICULIÈRES :

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ À VOTRE ENFANT SANS ORDONNANCE

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSE oui non

 ALIMENTAIRES oui non AUTRE :

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

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI D'INDIQUER LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) DE VOTRE ENFANT, EN PRÉCISANT LES **DATES** ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

MERCI D'INDIQUER SI VOTRE ENFANT PORTE UN **MATÉRIEL SPÉCIFIQUE** (LUNETTES, APPAREIL DENTAIRE...) OU **TOUTE AUTRE INFORMATION UTILE** À CONNAÎTRE POUR L'ASSISTANT SANITAIRE.

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

.....

.....

TÉL. FIXE : PORTABLE :

MAIL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), 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. Je déclare prendre en charge les frais nécessaires pour les traitements de mon enfant.

Date :

Signature :