



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

### **Vaccinations OBLIGATOIRES : MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE ( DTP, Coqueluche, Hib, Hépatite B, Pneumocoque, ROR, Méningocoque C)**

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

#### **Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'accueil ? OUI  NON

Si oui, joindre **une ordonnance récente** et les médicaments correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

**ATTENTION : AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

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

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>		
OUI NON	OUI NON	OUI NON		

A-t-il des allergies ?

<b>Médicamenteuses</b>	<b>Asthme</b>
OUI NON	OUI NON
<b>Alimentaires</b>	<b>Autres</b>
OUI NON	OUI NON

\*Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....

**P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) en cours ? OUI  NON  (joindre le protocole et toutes les informations utiles)

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

.....

#### **Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.... ?

.....

#### **Autorisations :**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI  NON

En cas de baignade votre enfant a-t-il besoin de brassard : OUI  NON

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : OUI  NON

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.

**Signature** (précédée de la mention lu et approuvé) :

**Date :**