

Fiche Sanitaire de Liaison 2018/2019

1-ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : Garçon Fille

2-VACCINATIONS (Veuillez joindre la photocopie des vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres(préciser)	
Ou 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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Votre enfant dispose t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) en cours ?

Oui Non Si oui veuillez joindre une photocopie

- Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

- Nom et téléphone du médecin traitant :

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

	oui	non		oui	non
Typhoïde			Rougeole		
Coqueluche			Rhumatisme articulaire aigu		
Diptérie			Scarlatine		
Otite			Autres(préciser)		
Oreillons					

• Allergies

	oui	non		oui	non
Asthme			Médicamenteuses		
Alimentaires			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 lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires.... _____

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père <input type="checkbox"/>		Mère <input type="checkbox"/>		Tuteur <input type="checkbox"/>	
Nom		Nom			
Prénom		Prénom			
Adresse		Adresse			
Commune		Commune			
Tel domicile		Tel domicile			
Tel mobile		Tel mobile			

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 ET SIGNATURE :