



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

PERIODE SCOLAIRE CONCERNÉE :

☐ GARÇON

☐ FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR / LE TEMPS D'ACCUEIL DE L'ENFANT.
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 – VACCINATIONS

Fournir obligatoirement les photocopies des pages de vaccinations.

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ 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		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire		Scarlatine	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Coqueluche		Otites		Rougeole		Oreillons			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES : ASTHME ☐ oui ☐ non MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non

ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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 A 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 PRÉNOM

ADRESSE

.....

TÉL DOMICILE PORTABLE

BUREAU

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence médicale (hospitalisation ..) et le cas échéant, l'autorise à faire sortir mon enfant de l'hôpital à la suite des soins pratiqués.

Date :

Signature :