

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... GARÇON ☐ FILLE ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de votre enfant et vous évite de vous démunir de son carnet de santé. Il est donc important de bien la remplir.

## VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

|                             |            |                              |                              |                                       |                                                           |
|-----------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Vaccin <b>obligatoire</b> : | DTPOLIO    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <i>Date du dernier rappel : .....</i> |                                                           |
| Vaccins recommandés :       | Méningite  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | ROR                                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|                             | Hépatite B | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | BCG                                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|                             | Autre      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | <i>Préciser : .....</i>               |                                                           |

Pour être accueilli au centre de loisirs, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal. Si ce n'est pas le cas, merci de nous remettre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si votre enfant est amené à suivre un traitement médical pendant son séjour au centre, vous devrez **impérativement** fournir une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (dans leurs **boîtes d'origine** avec la notice et marquées au nom de l'enfant).

► Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des **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"/>   | Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Rhumatisme<br>articulaire aigu<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | Coqueluche 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"/>  |                                                                                             |

► Votre enfant a-t-il des **allergies** :

Asthme : Oui ☐ Non ☐ Alimentaire : Oui ☐ Non ☐ Médicamenteuse : Oui ☐ Non ☐

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir** (pour les allergies alimentaires, merci de donner un maximum d'informations sur ce que l'enfant peut ou ne peut pas manger) :

*exemple : un enfant allergique à l'œuf cru peut parfois manger des gâteaux préparés avec des œufs cuits*

.....

.....

.....

Indiquez ci-après :

► Les **difficultés de santé** de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...) pour lesquelles des précautions sont à prendre en précisant les dates et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

► Les **recommandations utiles** (port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaires...):

.....

.....

.....

**Responsable de l'enfant :**

NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Tél. travail : ..... Nom du médecin traitant : .....

Je soussigné(e),..... 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 :