

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2022-2023**

Document confidentiel

**1 – ENFANT**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE 

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2023. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoque		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**Allergies :** ASTHME oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : .....

En cas de régime alimentaire, précisez :  SANS VIANDE  SANS PORC

Indiquez ci-après :

**Les difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

**BAIGNADE** : SAIT NAGER       SE DEBROUILLE       NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

N° téléphone domicile : mère \_\_\_\_\_ père \_\_\_\_\_

Travail : mère \_\_\_\_\_ père \_\_\_\_\_

Portable : mère \_\_\_\_\_ père \_\_\_\_\_

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature,