

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE.....

AGE : .....

GARCON

FILLE

ECOLE : .....

CLASSE : .....

## ANNEE SCOLAIRE 2016/2017

### 2 - RESPONSABLE DE L'ENFANT (Personne exerçant l'autorité parentale)

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

ADRESSE : ..... Ville.....

CP : ..... Mail : .....

TEL FIXE ET (PORTABLE) : ...../..... BUREAU : .....

N° SECU. : ...../...../...../...../...../.....

Régime général  SNCF

N° ALLOCATAIRE CAF : .....

Agricole  Autre Préciser : .....

COMPAGNIE ASSURANCE (Responsabilité civile) : ..... N° : .....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : (facultatif) : .....

TEL : .....

EN CAS D'URGENCE PREVENIR : ..... TEL : .....

### 3 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS			DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
	OUI	NON			
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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

### 4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBEOLE 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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE 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"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

(si automédication le signaler)

**5 - INDIQUEZ CI-APRES :**

**LES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE , ACCIDENT , CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET **LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

**6 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, ETC...  
**PRECISEZ .**

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT OUI  NON   
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE OUI  NON

**7 - AUTRES RENSEIGNEMENTS :**

L'ENFANT EST AUTORISE A : - VENIR SEUL A L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI  NON   
- QUITTER SEUL L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI  NON   
- PARTICIPER A LA BAIGNADE (PISCINE) OUI  NON   
- PARTICIPER AUX SORTIES OUI  NON   
- ÊTRE PRIS EN PHOTO LORS DES ANIMATIONS OUI  NON   
- AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR LES SECOURS OUI  NON

**8 - PERSONNES (PLUS DE 16 ANS) AUTORISEES A REPENDRE L'ENFANT :**

NOMS	PRENOMS	TELEPHONE

Je soussigné(e) Mr ou Mme .....  
Exerçant l'autorité parentale, 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 :