

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

TAILLE: POIDS :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'équipe d'animation pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

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

Date des derniers vaccins : DTPolio : / / Si rappel : / /

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical continu ? non oui si oui, lequel :

ASTHME : non oui

MEDICAMENTEUSES : non oui laquelle :

ALLERGIE ALIMENTAIRE : non oui laquelle :

AUTRES : non oui laquelle :

Pratique alimentaire spécifique : non oui laquelle :

Dossier MDPH : non oui Besoins spécifiques :

NOM et numéro de téléphone du médecin traitant :

En cas de traitement ou allergie, joindre **un certificat médical ou un PAI** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la conduite à tenir. (Pendant le séjour, les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Indiquez ci-après si l'enfant a des problèmes de santé ? (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...)

.....
.....
.....

4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc..

.....
.....
.....

6-BAIGNADE

- Sait nager Se débrouille Ne sait pas nager

7-RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1 : NOM PRÉNOM

Responsable 2 : NOM PRÉNOM

Numéros de téléphone :

Resp 1 : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Resp 2 : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Personnes à joindre en cas d'urgence en dehors des responsables légaux :

Nom, prénom, qualité _____ Tél _____

Nom, prénom, qualité _____ Tél _____

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.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

