

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE 2024/2025

ENFANT :

NOM : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Sexe M F Classe :

Type de repas : repas standard repas végétarien

1 - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires pour TOUS les enfants	DATES	Vaccins supplémentaires OBLIGATOIRES pour les enfants nés à partir du 01/01/2018	DATES	Vaccins supplémentaires OBLIGATOIRES pour les enfants nés à partir du 01/01/2018	DATES
Diphtérie		Hépatite B		Pneumocoque	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole		Haemophilus	
Poliomyélite		Coqueluche		Méningocoque	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 – 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 correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués 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 : oui non Angine : oui non Scarlatine : oui non
 Coqueluche : oui non Otite : oui non Rougeole : oui non
 Oreillons : oui non Rhumatisme articulaire : oui non

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : oui non Précisez le motif du PAI :
En cas de prescription médicale, une trousse complète (ordonnance + médicaments) devra être déposée dans chaque structure fréquentée par l'enfant.

ALLERGIES : Asthme : oui non Médicamenteuse : oui non
 Alimentaire : oui non Autre : oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à 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 À PRENDRE.

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC..... PRÉCISEZ :

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

4 – RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

NOM :
 Prénom :
 Lien de parenté :
 Téléphone :
 Adresse :

 Mail :

RESPONSABLE 2

NOM :
 Prénom :
 Lien de parenté :
 Téléphone :
 Adresse :

 Mail :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Je(nous) soussigné(s/es),, responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(nt) le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je(nous) autorise(ons) également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon(notre) enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Fait à Luisant, le Signature(s) :