

FICHE SANITAIRE DE LIAISON INDIVIDUELLE

<p><u>Merci de l'attention que vous porterez pour remplir cette fiche, la santé de votre enfant peut en dépendre.</u></p> <p><u>Merci d'avance</u></p>	1 – <u>ENFANT</u>
	NOM : _____
	Prénom : _____
	Date de naissance : _____
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé et doit être renouvelée chaque année.

2 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Si votre enfant doit suivre un **traitement médical** pendant le fonctionnement du centre, vous devez joindre obligatoirement 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.

<p><u>ALLERGIES</u> : Merci de fournir un certificat médical ou une attestation</p> <p>MÉDICAMENTEUSES : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Si oui, lequel (s) :</p> <p>ALIMENTAIRES : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Si oui, lequel(s) :</p> <p>AUTRES (environnement,) : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Si oui, lequel(s) :</p> <p>ASTHME : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Si oui, quel traitement :</p> <p>Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

<p>Votre enfant bénéficie t-il d'un PAI (Projet Accueil Individualisé)?</p> <p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, fournir obligatoirement une copie du PAI, une ordonnance et les médicaments nécessaires.</p>

3 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

4 - VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé de l'enfant et joindre une copie des pages de vaccinations.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diptérie				Hépatite B			
Tétanos				ROR 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 MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

5- Maladies infantiles

L'enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes ?

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

6 -Sieste (mercredi ou vacances): enfant d'âge maternel :

L'enfant mouille t'il son lit?

 NON

 OCCASIONNELLEMENT

 OUI

Souhaitez-vous que votre enfant fasse la sieste oui non

Souhaitez-vous qu'on le laisse dormir oui non

Si oui, combien de temps :

7 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ Prénom _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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 des parents :