

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008*02

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

Nom :

Prénom :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE TEMPS D'ACCUEIL DE L'ENFANT (lors de sortie et, séjours) ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

N ° de sécurité sociale (auquel l'enfant est rattaché) _ _ _ _ _

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

VACCINS OBLIGATOIRE	DATES DES DERNIERS RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉ	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomylélite		Coqueluche	
Ou DT polio		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq			
BCG			

SIL 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.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui et que l'enfant participe à un séjour, 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME SCARLATINE	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"/>
COQUELUCHÉ	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

Mon enfant a fait l'objet d'un PAI : OUI NON ou d'un PAP : OUI NON

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

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 :

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

PRÉCISEZ :

.....

ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE :

Compagnie : N° contrat : Validité :

CAF : MSA : AUTRE :

5 - PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom & Prénom : Professionnel :

Tél portable : Lien de parenté ou autre :

.....

6 - MÉDECIN TRAITANT

NOM :

TELEPHONE : VILLE :

Le soussigné(e) responsable(s) légal de

l'enfant, déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ons) le

responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,

intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature du représentant légal :