

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON – DOCUMENT CONFIDENTIEL

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

fille  garçon

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : .....

**VACCINATIONS** : Se reporter au carnet de santé ou au carnet de vaccinations (merci de remplir et transmettre une copie du carnet de santé). Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPEL
DT Polio / DTCaP (diphtérie-tétanos-poliomyélite) – pour tous les enfants	
Hib (haemophilus influenzae B) - enfants nés à partir de janvier 2018	
Coqueluche - enfants nés à partir de janvier 2018	
Hépatite B - enfants nés à partir de janvier 2018	
Pneumocoque - enfants nés à partir de janvier 2018	
Méningocoque - enfants nés à partir de janvier 2018	
ROR (Rougeolle-Oreillon-Rubéole) - enfants nés à partir de janvier 2018	

Pendant l'accueil, l'enfant suit-il un traitement médical nécessitant une prise de médicaments ? (\*)  Oui  Non

Si oui, 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.**

**A titre indicatif : l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLON <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Allergies (\*)**

Médicamenteuse :  Oui  Non      Alimentaire :  Oui  Non      Asthme :  Oui  Non  
Autres : .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

**PAI (projet d'accueil individualisé) en cours :**  Oui  Non      (Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles)

**Indiquez ici les autres difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, etc.) en précisant les précautions à prendre :**

**Recommandations utiles des parents (\*) :**

Votre enfant souffre-t-il du mal des transports :  Oui  Non  
Votre enfant porte-t-il : des lentilles  Oui  Non  
des lunettes  Oui  Non      *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*  
des prothèses auditives  Oui  Non      *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*  
des prothèses ou appareil dentaire  Oui  Non      *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

**Autorisations (\*) :**

L'équipe à prodiguer les premiers soins sur mon enfant en cas de nécessité (égratignures, retrait d'une tique, etc.)  Oui  Non  
L'équipe à transmettre / appliquer de la crème solaire à mon enfant en cas de nécessité  Oui  Non

**Autres recommandations / informations utiles :**

**Nom du médecin traitant (facultatif) :** .....

Je soussigné(e) , ..... responsable légal de l'enfant, **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à signaler toute modification** (téléphone, adresse, santé de l'enfant, etc ...) auprès du secrétariat de GOLBEY ANIMATION et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date :** ...../...../.....

**Signature (obligatoire)**

(\*) cocher les cases concernées