

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 **vous sera rendue à la fin du séjour.**

1 – ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe :

2 – VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires

<u>Vaccins</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Dates des derniers rappels</u>
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Vaccins recommandés

<u>Vaccins</u>	<u>Dates</u>
Hépatite B	<input type="text"/>
Rubéole – Oreillons – Rougeole	<input type="text"/>
Coqueluche	<input type="text"/>
BCG	<input type="text"/>
Autres (préciser)	<input type="text"/>

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Traitement médical

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre :

- Une **ordonnance récente**,
- Les **médicaments correspondants** dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant, avec notice.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Antécédents médicaux

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

<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



Allergies

	Oui	Non		Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

(si automédication, le signaler) :

Difficultés de santé

Indiquez ci-après **toute difficulté 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 ?

	Oui	Non		Oui	Non
Lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Non Oui

L'enfant mouille-t-il son lit ?

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Téléphone : Courriel :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

DÉCLARATION ET AUTORISATION

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 nécessaires (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues indispensables 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 :

Fait à : Le :

Signature du responsable légal