

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination



Cette fiche a été conçue pour accueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pour l'accueil de votre enfant.

**ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXE :  M  F

**VACCINATIONS** (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :				
RUBEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSE oui  non   
ALIMENTAIRE oui  non  AUTRES : .....

**PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)**

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....  
.....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ... PRÉCISEZ :

.....  
.....  
.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? non  occasionnellement  oui

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

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

☎ Mère : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

☎ Père : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

### RESPONSABILITÉS ET AUTORISATIONS DES FAMILLES

- J'autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions urgentes.
- Je certifie que mon enfant n'est atteint à ce jour d'aucune maladie ou infection le rendant inapte à participer aux activités collectives et qu'il a satisfait aux vaccinations légales.
- Je m'engage à rembourser :
  1. les sommes avancées par le centre pour le règlement des frais médicaux et pharmaceutiques,
  2. les frais du rapatriement (sanitaire ou disciplinaire) de mon enfant et du déplacement aller et retour de l'accompagnateur.

Je soussigné ..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

N° de sécurité sociale : .....

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :