

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1- L'ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARCON       FILLE

TAILLE: ..... POIDS : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour l'équipe d'animation pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

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

Date des derniers vaccins : DTPolio : ..../..../.....      Si rappel : ..../..../.....

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

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical continu ? non  oui  si oui, lequel : .....

ASTHME : non  oui

MEDICAMENTEUSES : non  oui  laquelle : .....

ALLERGIE ALIMENTAIRE : non  oui  laquelle : .....

AUTRES : non  oui  laquelle : .....

Pratique alimentaire spécifique : non  oui  laquelle : .....

Dossier MDPH : non  oui  Besoins spécifiques : .....

NOM et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

En cas de traitement ou allergie, joindre **un certificat médical ou un PAI** précisant la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et la conduite à tenir. (Pendant le séjour, les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

Indiquez ci-après si l'enfant a des problèmes de santé ? (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...)

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

#### 4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

#### 6-BAIGNADE

Sait nager     Se débrouille     Ne sait pas nager

#### 7-RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1 : NOM ..... PRÉNOM .....

Responsable 2 : NOM ..... PRÉNOM .....

Numéros de téléphone :

Resp 1 : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Resp 2 : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Personnes à joindre en cas d'urgence en dehors des responsables légaux :

Nom, prénom, qualité \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Nom, prénom, qualité \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

*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 :