

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON :

FILLE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin de l'année scolaire

1 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS :

- Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.

- Mettre sous enveloppe cachetée les photocopies

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

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**) et une **autorisation écrite des parents**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et sans autorisation dûment rempli

ALLERGIES : Alimentaires : oui non

Médicamenteuses oui non

Autres : oui non

Lesquelles :

DIABETE : oui non

ASTHME : oui non

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES (se référer au projet d'accueil individualisé si existant) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladies, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre.

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc...Précisez.

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM PRENOM

ADRESSE (pendant le séjour)

Tél. fixe (et portable), domicile : bureau

5 - TRAITEMENT MEDICAL - PENDANT LE CENTRE OU LE REPAS DU MIDI

J'autorise la prise de médicaments pas mon enfant selon les prescriptions médicales. Un double de l'ordonnance devra être fourni.

Je n'autorise pas la prise de médicaments par mon enfant.

6 - AUTRES INFORMATIONS :

Renseignements complémentaires que vous jugerez nécessaire de nous faire connaître (ex : repas sans porc, repas sans viande,...)

Médecin traitant : N° Téléphone

Adresse :

Personne à contacter en cas d'urgence

N° Téléphone :

En cas d'urgence :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, 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.

Date :

Signature :