FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l’enfant : …………………………………………………………………….. Prénom : ……………………………………………………….

Date de naissance : ………………………………………………..

***1 – VACCINATIONS***

Merci de joindre la photocopie des vaccins à jour

***2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX***

* L’enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?
* Oui
* Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boite d’origine, avec la notice et marqués au nom de l’enfant)

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rougeole :* oui
* non
 | Rubéole :* oui
* non
 | Scarlatine :* oui
* non
 | Coqueluche :* oui
* non
 | Oreillons :* oui
* non
 | Varicelle :* oui
* non
 | Angine :* oui
* non
 | Otite :* oui
* non
 |

* L’enfant a-t-il une allergie ?
* Médicamenteuse : si oui, précisez laquelle : …………………………………………………………………………..………………
* Alimentaire : si oui, précisez laquelle : …………………………………………………………………………………..……………….
* Asthme : si oui, précisez : ……………………………………………………………………………………………….………………………
* Autre : si oui précisez : ………………………………………………………………………………………..…………………………………

En cas d’intolérance alimentaire, d’allergie et/ou de pathologie chronique, merci de faire dument remplir par votre médecin le document PAI de notre service et de nous le retourner signé.

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

* L’enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) ? Merci de préciser les dates et précautions à prendre :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

* Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : ..............................................................................................

***3 – RECOMMANDATIONS***

Merci de préciser si votre enfant porte des lunettes, prothèses auditives, prothèse dentaire, …

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***4 – RESPONSABLE LEGAL DE L’ENFANT***

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

Date : Signature et mention « lu et approuvé » :