Fiche sanitaire de liaison

1 - Enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon ❑ Fille ❑

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles à l'accueil de votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du CASF). Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle doit être réactualisée chaque année.

2 - Vaccinations - Fournir une copie des pages "vaccinations" du carnet de santé

Repères calendrier dernier rappels : 18 mois – 6 ans – entre 11 et 13 ans – 25 ans …etc…

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant

Vaccins obligatoires **Enfants nés à partir du 1er janvier 2018**	**Nom du vaccin**	**Date du dernier rappel**
Diphtérie + tétanos + poliomyélite + coqueluche + l'infection à Haemophilus influenzae b + l'hépatite B + méningocoque C, + pneumocoque, + rougeole + oreillons + rubéole		

Vaccins obligatoires **Enfants nés avant 2018**	**Nom du vaccin** (Revaxis, Infanrixquinta...)	**Date du dernier rappel**
DT Polio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)		

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

Poids : ..... Taille : ..... (en cas d'urgence)

L'enfant suit-il/elle un **traitement médical** pendant le séjour ? **Non** ❑ **Oui** ❑

Si **oui**, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants.

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, avec la notice, marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Médecin traitant

Nom : ..... Tel : .....

Adresse : .....

ASTHME : **Non** ❑ **Oui** ❑

ALLERGIES :

- Alimentaires **Non** ❑ **Oui** ❑ à : .....
- Médicamenteuses **Non** ❑ **Oui** ❑ à : .....
- Autres (animaux, plantes, pollen) **Non** ❑ **Oui** ❑ à : .....

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.
Si automédication, le signaler.

.....

.....

AUTRES DIFFICULTES DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation,opération, rééducation) - Précisez les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

Votre enfant bénéficie-t-il/elle d'un **PAI** (Protocole d'Accueil Individualisé) ? **Non** ❑ **Oui** ❑

Si oui, prendre rendez-vous avec l'équipe de direction de l'accueil

4 - Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, difficultés particulières...

.....

.....

.....

5 - Responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tel : ..... Tel (Lieu de travail) : .....

Je soussigné-e, ... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la 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 :**