

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON 2023/2024****ENFANT :**

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.

VACCINATIONS (joindre copie carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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 et autorisation du médecin

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE 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 AIGÜ 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"/>	

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

*** Fiche « ANNEXE SANTÉ » à compléter par le médecin traitant ou le pédiatre, si allergies citées ci-dessous ou pathologie particulière**

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES :

INDIQUEZ CI APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

DES LENTILLES DES LUNETTES DES PROTHÈSES AUDITIVES DES PROTHÈSES DENTAIRES

Autres, à préciser :

.....

BAIGNADE : SAIT NAGER SE DÉBROUILLE NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

.....

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

MERE

PERE

ADRESSE (PENDANT L'ACCUEIL)		
--------------------------------	--	--

Numéros de téléphone

Domicile :		
Portable :		
Travail :		

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

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.

Date :

Signature :

DOSSIER FAMILLE - ANNEXE SANTÉ

FICHE DE LIAISON COMPLÉMENTAIRE

À compléter par le médecin traitant, le pédiatre ou l'allergologue si pathologie particulière.

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Date de naissance :/...../.....

PATHOLOGIE

ALLERGIE ALIMENTAIRE :

oui non

Allergène(s) retenu (s) :

Date de la dernière manifestation allergique :

Type de réaction clinique :

Eczéma

Choc anaphylactique

Urticaire localisé ou généralisé

Œdème de Quincke

Signes digestifs

Syndrome oral (prurit de la bouche, œdème labial)

AUTRE ALLERGIE :

oui non

Allergène(s) retenu (s) :

Date de la dernière manifestation allergique :

Type de réaction clinique :

ASTHME :

oui non

AUTRES :

TRAITEMENT (OU CONDUITE A TENIR) PENDANT LES TEMPS PERI OU EXTRA SCOLAIRES

Traitement permanent à la cantine :

oui non

Si oui, lequel ? (joindre impérativement l'ordonnance) :

Protocole d'urgence préconisé :

oui non

Si oui, lequel ? (joindre impérativement le protocole) :

Soins et surveillance pendant le temps de cantine :

oui non

Si oui, description des signes cliniques à surveiller :

Un « panier repas » préparé par les parents est-il nécessaire ?

oui non *

* Dans ce cas, aucune préconisation ou adaptation particulière ne sera apportée au menu de la cantine.

Nom du médecin : Date :

Cachet : Signature :