

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021/2022



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : .....

Date de naissance :

Garçon  Fille

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication **ATTENTION** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3 – Fiche sanitaire - traitement médical

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

**Si oui et s'il s'agit d'un traitement de longue durée** : un Protocole d'Accueil Individualisé doit être mis en place avec le responsable de la structure, les parents et le médecin traitant de l'enfant.

**S'il s'agit d'un traitement ponctuel** : Aucun médicament ne pourra être pris **sans ordonnance et autorisation parentale**. Pour tout traitement **médical** : joindre l'**ordonnance** récente, l'**autorisation parentale** et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice, médicaments non entamés**).

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME</b> <b>ARTICULAIRE AIGU</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
---	---	--	---	--

<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
--	---	--	---	--

#### 4- Fiche sanitaire - allergies et difficultés de santé

*Si l'accueil et la prise en charge de l'enfant au sein de la structure nécessite la mise en place de soins ou de modalités d'accueil spécifiques liées à la santé de l'enfant (allergies, troubles de santé, maladie chronique, handicap)*

*Un **Protocole d'Accueil Individualisé** est mis en place. Il est défini et validé conjointement entre les parents, le responsable de la structure, le médecin traitant, et tout autre professionnel de santé prenant en charge l'enfant.*

**ALLERGIES :**    ASTHME                                  oui  non                                   MEDICAMENTEUSES    oui  non   
   ALIMENTAIRES                                  oui  non                                   AUTRES .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)**

.....  
.....

**Indiquez ci après :**

**Les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

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

**5 – Nom , adresse et téléphone du médecin traitant :**

.....

**6 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....  
.....

**7 – Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécial ?**

( ) Sans porc                          ( ) sans viande                          ( ) autre .....

Certifie l'exactitude de tous les renseignements cités ci-dessus et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à : ----- le : -----

Signature des parents (ou tuteurs) précédée de la mention « lu et approuvé »