FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019/2020

valable du **01/09/2019 au 31/08/2020**

Pour tout changement, une nouvelle fiche devra être établie

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé

Enfant : ☐ Fille ☐ Garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date du dernier vaccin (obligatoire)	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (*préciser*)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel ?.....

En séjour, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non

alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (un Protocole d'Acceuil Individualisé doit être rédigé par le médecin scolaire) si celle-ci nécessite un protocole d'urgence avec prise de médicaments……..

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

III - Recommandations utiles :

L'enfant mouille t-il son lit ? ☐ oui ☐ occasionnellement ☐ non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ☐ oui ☐ non

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Tél. domicile : Travail : Portable :

Nom et tél. du médecin traitant :

Personnes à contacter en cas de nécessité :

NOM	PRENOM	TELEPHONE domicile/bureau

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.
- s'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.
- s'engage à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :