

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE SCOLAIRE 2022/2023

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Fille : _____ Garçon : _____

VACCINATIONS Veuillez indiquer la date du dernier rappel.

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

Vous pouvez joindre une photocopie des vaccins)

Diphtérie

Tétanos

Poliomyélite

Ou DT polio

Ou Tétracoq

BCG

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(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 ?

Rougeole	Varicelle	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine	Otite	Angine	Asthme	Rhumatisme articulaire aigu
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il un **PAI** ? (Projet d'accueil individualisé)

Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI 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.

Allergies : médicamenteuses oui non

alimentaires oui non

autres _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

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

RECOMMANDATIONS UTILES

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

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif): _____

Je soussigné, 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.

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