

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.

**Merci de fournir une photocopie ou une photographie de la page de vaccination du carnet de santé de l'enfant.**

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.

**Préférence alimentaire :** SANS VIANDE SANS PORC

**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 \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**La fiche sanitaire peut être conservée une année.  
Le représentant légal s'engage à signaler tous changements.**