|  | *Code de l'action sociale et des familles*  **Fiche sanitaire de liaison** |
| --- | --- |

*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 et sera rendue au terme de l'accueil.*

**Enfant :** ◻ fille ◻ garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

**Accueil :** Dates du séjour :

◻ séjour de vacances

◻ accueil de loisirs

◻ séjour dans une famille

Adresse :

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

| **Vaccins obligatoires** | **oui** | **non** | **Dernier rappel** | **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** pendant le séjour ? ◻ oui ◻ non

Si oui, 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 :**

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

**III - Recommandations utiles :**

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 (*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 :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :

