

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire 20 . . / 20 . .

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### 1. L'ENFANT

Noms : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Sexe : Garçon  Fille

En cas d'urgence et/ou de besoin, j'autorise la structure à présenter mon enfant à un médecin ou faire intervenir les services d'urgences.

Noms et prénoms du médecin traitant.....

Adresse du médecin : .....

N° de téléphone du médecin : .....

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

### 2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parent 1 :

Noms : .....

Prénoms : .....

Numéro(s) de téléphone à contacter (en cas d'urgence) : .....

Parent 2 :

Noms : .....

Prénoms : .....

Numéro(s) de téléphone à contacter (en cas d'urgence) : .....

### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : oui  non

Si oui lequel ?.....

(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de fournir une ordonnance)

Régime alimentaire particulier : oui  non

Si oui, lequel : .....

Des allergies se sont-elles déjà manifestées chez votre enfant ? oui  non

Alimentaire  Asthme  Médicamenteuse

Cause de (des) l'allergie(s) et conduites à tenir : .....

.....  
.....  
Votre enfant a-t-il un protocole d'accueil individualisé (PAI) : oui  non   
Si oui, lequel : .....

Indiquez ici les autres difficultés de santé, en précisant les dates et les précautions à prendre :  
(Maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

...../...../.....

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

Otite : <input type="checkbox"/>	Varicelle : <input type="checkbox"/>	Coqueluche : <input type="checkbox"/>
Angine : <input type="checkbox"/>	Oreillons : <input type="checkbox"/>	Rhumatisme : <input type="checkbox"/>
Asthme : <input type="checkbox"/>	Rougeole : <input type="checkbox"/>	
Rubéole : <input type="checkbox"/>	Scarlatine : <input type="checkbox"/>	

#### 4. VACCINATIONS

*(joindre les photocopies des pages du carnet de vaccination)*

⇒ Le vaccin DTP est **obligatoire** dans le cadre de la participation de l'enfant aux activités

#### 5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

*(Votre enfant porte-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? Votre enfant a-t-il des peurs dont vous voulez nous faire part ?)*

.....  
.....

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,....., responsable(s) légal(aux) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : .....

**Signature des personnes  
exerçant l'autorité parentale**