



**1 - L'ENFANT**

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON       FILLE

**2 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **Photocopies obligatoires**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au périscolaire, à la cantine, au centre de loisirs ou pendant le séjour ? Oui  non

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente 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.**

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES : ASTHME**      oui  non   
**ALIMENTAIRES**      oui  non

**MEDICAMENTEUSES**      oui  non   
**AUTRES** .....

Précisez cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours  oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

---

---

---

**Indiquez ci-après:**

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

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE :**                      SAIT NAGER                       NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

---

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

---

---

**Numéros de téléphone :**

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

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