*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 :