

# FICHE SANITAIRE

## DE LIAISON

### 1- ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_

Nom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

### 2 – VACCINATIONS

#### photocopie obligatoire du carnet de vaccination

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT  
MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
VACCINS DTP OBLIGATOIRE

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical 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 et sans l'avis du responsable du centre**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre, nous fournir une copie du P.A.I si l'enfant en possède un.

**Enfant en situation de handicap** (afin de faciliter l'accueil de votre enfant, merci de prendre contact avec le directeur de l'accueil en amont.)

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

.....  
.....  
.....

NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ  
SOCIALE (JOINDRE UNE COPIE DE L'ATTESTATION)

N° de Sécurité Sociale : .....

.....  
.....  
.....

### 4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....  
.....  
.....

