

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Fille Garçon

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement la photocopie des vaccinations du carnet de santé

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.

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 ?

Rougeole	Varicelle	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine	Otite	Angine	Asthme	Rhumatisme articulaire aigu
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Allergies : médicamenteuses oui non alimentaires oui non
autres

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.
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?
.....
.....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

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 :