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 :……

……

……

MINI SEJOUR A LYON LES 24 ET 25 OCTOBRE 2024

I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés	oui	non	Dates
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G.			
ou Tétracoq				Autres (*préciser*)			

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

*L'enfant dispose-t-il d'un **PAI** ? ☐ 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 administré sans ordonnance et uniquement avec l'accord de la directrice du séjour**.

*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	

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

ALLERGIES	oui	non
Asthme	☐	☐
Alimentaire	☐	☐
Médicamenteuses	☐	☐
Autres (précisez)	☐	☐

Si régime alimentaire particulier, précisez :
……
……
……

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler) :**
……
……

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation,rééducation) **qui nécessite la transmission d'information médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et **d'éventuels soins à apporter ?** Oui ☐ Non ☐

III - Recommandations utiles :

	oui	non
Port de lunettes	☐	☐
Appareils dentaires	☐	☐
Appareils auditifs	☐	☐
Enurésie nocturne	☐	☐
Somnambulisme	☐	☐

Autres informations que vous jugez utiles de transmettre à l'équipe :
……
……
……
……
……

IV - Responsable légal :

Nom et prénom du responsable légal du mineur :……

Adresse (si différente pendant le séjour) : ……..

……

Tel portable : ……Tel domicile :…… Tel travail :……

Nom et tél. du médecin traitant : ……

Numéro de sécurité sociale en cas d'hospitalisation : __ ___ ___ ___ ____ ____ ___

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 :