

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.

Elle est strictement confidentielle. Merci de nous informer de tout changement en cours de séjour.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :			Prénom :
Adresse :			

Accueil :

- Cod'jeunes (1 allée des Vosges 55000 BAR-LE-DUC)
 ALSH de la Fédération (Rue Robert Lhuerré 55000 BAR-LE-DUC)

I - Vaccinations :

(joindre obligatoirement les copies des pages du carnet de santé ou les certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui		non		Date Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		non		Date Dernier rappel
Diphthérie						BCG					
Tétanos						Dingue					
Poliomyélite						Diphthérie					
ou DT polio						Fièvre jaune					
Coqueluche						Grippe A (H1N1)					
ou Tétracoq						Hépatite A					
Influenzae B						Papillomavirus					
ou Pentacoq						Rage					
R. O. R						Rubéole					
Hépatite B						Typhoïde					
Pneumocoque						Varicelle					
Méningocoque C						Variole					
						Zona					

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 a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses oui non
 alimentaires oui non
 asthme oui non
 autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Enfant bénéficiant d'un P.A.I

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.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

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 :