



Fiche sanitaire de liaison



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

ALLERGIES	oui	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....
.....

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: Séjour du 06 au 10 Février 2023: NEIGE 9/11ans ATTITUDE 12/17ans
Gîte des Iris – La Buissonnière du Parc 63150 LA BOURBOULE

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

Vaccins obligatoires			Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés			Dates
	oui	non			oui	non	
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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
<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	

III - Recommandations utiles :

	oui	non
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnambulisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :

Num de Sécurité Sociale en cas d'accident :

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 :