



## CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

#### ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Conformément à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs

#### **DATES ET LIEU D'ACCUEIL :**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

#### **1 - VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS :**

Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.

#### **2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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

**ALLERGIES :**

Alimentaires            Oui  Non  Lesquelles :

Médicamenteuses    Oui  Non  Lesquelles :

Autres                    Oui  Non  Lesquelles :

**DIABETE**                    Oui  Non

**ASTHME**                    Oui  Non

**Précisez la conduite à tenir en cas de problèmes** (se référer au projet d'accueil individualisé si existant) :

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Tel fixe :

Portable :

Bureau :

Nom et téléphone du médecin (facultatif) :

**En cas d'urgence :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :