1 – **ENFANT**

**FICHE SANITAIRE**

**DE LIAISON 2022**

NOM :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

GARÇON 

FILLE 

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008\*02

***Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l’enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite au terme de l'accueil.***

***Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.***

1. - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  | Rubéole Oreillons Rougeole |  |
| Poliomyélite |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT polio |  | BCG |  |
| **Ou** Tétracoq |  | Autres (préciser) |  |

Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention :** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L’enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

# L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | OREILLONS | SCARLATINE |
| oui  non  | oui  non  | oui  non  | oui  non  | oui  non  |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ |
| oui  non  | oui  non  | oui  non  | oui  non  |

**Allergies : ASTHME** oui  non  **ALIMENTAIRES** oui  non  **MEDICAMENTEUSES** oui  non 

**AUTRES**

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

# En cas de régime alimentaire, précisez :

**□ SANS VIANDE □SANS PORC**

# Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

# Recommandations utiles des parents :

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

**BAIGNADE :** SAIT NAGER □ SE DEBROUILLE □ NE SAIT PAS NAGER □

# Observations diverses :

## - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM ADRESSE

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail : Père : domicile : portable : travail :

Je soussigné(e), 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. J’autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l’hôpital après une hospitalisation.

# Médecin traitant :

Nom : Tél :

Date : Signature :

Accueil de loisirs LES P’TITS VAILLANTS

01550FARGES