FICHE SANITAIRE UNIQUE DE LIAISON

1. ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON ❑ **FILLE** ❑

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM & Prénom .....

ADRESSE (pendant l'accueil) .....

.....

.....

TELEPHONE DOMICILE :..... BUREAU : .....

TELEPHONES PORTABLES : .....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

.....

3. OBSERVATION PARTICULIERE ET RECOMMANDATIONS UTILES (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation etc… ; l'enfant porte-t-il des lunettes ou lentilles, des prothèses auditives ou dentaires etc… précisez) :

.....

.....

.....

.....

.....

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

DESCRIPTIF	Nom du vaccin	Date du dernier rappel
Diphtérie + Tétanos + Coqueluche + Polio	○ **Infanrix** ○ **Boostrix** ○ **Repevax** ○ **tatravac**	
Ou Diphtérie + tétanos+ Polio	○ **DT Polio** ○ **Revaxis**	
Ou Tétanos seul	○ **Tetavax**	
Ou Polio seul	○ **Imovax Polio**	
Tuberculose	○ **BCG** ○ **Monovax**	
Hépatite B	○ **Engerix** ○ **Genhevac** ○ **HBVax**	
Rougeole-Oreillons-Rubéole	○ **ROR** ○ **Priorix**	

5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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.*

ALLERGIES : **ASTHME** ❑ oui ❑ non MEDICAMANTEUSES ❑ oui ❑ non

ALIMENTAIRES ❑ oui ❑ non AUTRES : .....

Si oui, fournir obligatoirement de P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) lors de son inscription

Je soussigné(e)…….responsable légal(e) 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 chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :……. Signature :