


FICHE SANITAIRE UNIQUE DE LIAISON	
	1. ENFANT
	NOM :
	PRENOM :
	DATE DE NAISSANCE :
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

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)

.....

N° SS :

TELEPHONE DOMICILE : BUREAU :

TELEPHONES PORTABLES :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

3. OBSERVATIONS PARTICULIERES 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
Diptérie + Tétanos + Coqueluche + Polio	<input type="checkbox"/> Infanrix	
	<input type="checkbox"/> Boostrix	
	<input type="checkbox"/> Repevax	
	<input type="checkbox"/> tatravac	
Ou Diptérie + tétanos+ Polio	<input type="checkbox"/> DT Polio	
	<input type="checkbox"/> Revaxis	
Ou Tétanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax	
Ou Polio seul	<input type="checkbox"/> Imovax Polio	
Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> Monovax	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engerix	
	<input type="checkbox"/> Genhevac	
	<input type="checkbox"/> HBVax	
Rougeole-Oreillons-Rubéole	<input type="checkbox"/> ROR	
	<input type="checkbox"/> Priorix	

5. 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 : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

Si oui, fournir obligatoirement le 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 :