



Fiche sanitaire de liaison

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 d'accélérer la prise en charge hospitalière.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de sécurité sociale de rattachement de l'enfant : _____

CMU : oui (joindre attestation à jour) non

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

Vaccins obligatoires	oui		Date du Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		Date
	non	non			non	non	
Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche (<i>pertussis</i>), l' <i>Haemophilus influenzae</i> b				Rougeole, oreillons et rubéole			
				Autres (<i>préciser</i>)			
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				



Fiche sanitaire de liaison

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 d'accélérer la prise en charge hospitalière.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de sécurité sociale de rattachement de l'enfant : _____

CMU : oui (joindre attestation à jour) non

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

Vaccins obligatoires	oui		Date du Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		Date
	non	non			non	non	
Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche (<i>pertussis</i>), l' <i>Haemophilus influenzae</i> b				Rougeole, oreillons et rubéole			
				Autres (<i>préciser</i>)			
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Régime alimentaire particulier : oui non

Précisez :

Allergies : médicamenteuses oui non autres oui non
alimentaires oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, asthme, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, saignements de nez...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....

III - Recommandations utiles :

Pour son bien-être, précisez si l'enfant est atteint de troubles du comportement (autisme, hyperactivité, phobies et anxiété, somnambulisme, dyslexie, etc... ?

.....
.....
.....

L'enfant est porteur de : Lunettes oui non
Appareil(s) auditif(s) oui non
Appareil dentaire oui non
Autres précisez (précisez) :

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

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 :

Régime alimentaire particulier : oui non

Précisez :

Allergies : médicamenteuses oui non autres oui non
alimentaires oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, asthme, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, saignements de nez...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....

III - Recommandations utiles :

Pour son bien-être, précisez si l'enfant est atteint de troubles du comportement (autisme, hyperactivité, phobies et anxiété, somnambulisme, dyslexie, etc... ?

.....
.....
.....

L'enfant est porteur de : Lunettes oui non
Appareil(s) auditif(s) oui non
Appareil dentaire oui non
Autres précisez (précisez) :

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

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 :