

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## POLE EDUCATION ENFANCE JEUNESSE DE PEGOMAS

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir du carnet de santé.

### I. ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant et joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio					___/___/___
Du DT coq					___/___/___
Du Tétracoq					___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS				___/___/___
					___/___/___

  

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN ___/___/___	VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION ___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___	___/___/___

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  oui  non

SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.  
 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU DES REACTIONS ALLERGIQUES ?

ALLERGIES :  
 ASTHME  oui  non  
 ALIMENTAIRES  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen)  oui  non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Votre enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I ?  oui  non

SI OUI, PRECISEZ ET JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU P.A.I QUI DOIT ETRE RENOUVELLE TOUS LES ANS

P.A.I : Santé

P.A.I : Alimentaire

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil ?  
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

SI OUI PRECISEZ LESQUELS, LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

..... | \_/\_/\_/\_\_\_\_  
..... | \_/\_/\_/\_\_\_\_  
..... | \_/\_/\_/\_\_\_\_

#### IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne

.....  
.....

#### V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

.....  
.....

N° DE S.S. OBLIGATOIRE		N° TEL	DOMICILE	TRAVAIL	PORTABLE
---------------------------	--	--------	----------	---------	----------

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT: .....

Je soussigné (e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :