



169, avenue de Grasse
06580 PÉGOMAS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

I. ENFANT

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE

II. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant et joindre les photocopies des pages correspondantes).

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

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

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

<u>RUBEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>VARICELLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ANGINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>SCARLATINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<u>COQUELUCHE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OTITE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ROUGEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OREILLONS</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ASTHME</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU DES REACTIONS ALLERGIQUES ?

<u>MEDICAMENTEUSES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ALIMENTAIRES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ASTHME</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>AUTRES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

SI OUI PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES EVOCATEURS ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).

.....
.....

VOTRE ENFANT A-T'IL DES ANTECEDENTS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX SUSPECTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEROULEMENT DE L'ACCUEIL ?

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

.....
.....



III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VOTRE 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 AINSI QUE LES MEDICAMENTS DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE MARQUES AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UN P.A.I ? (Protocole Accueil Individualisé)

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 UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?

OUI NON

SI OUI LEQUEL ?

VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UNE AEEH ? (Allocation Education Enfant Handicapé) OUI NON

SI OUI, JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION.

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

N° tél : domicile : travail Portable

N° de Sécurité Sociale :

Adresse du centre payeur :

Nom du médecin traitant : Tél :

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :