

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023-2024

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.

La fourniture de ces données vaut accord explicite de votre part pour que nous les conservions à cet usage le temps nécessaire et les communiquions au personnel d'encadrement ou, en cas de besoin, au personnel médical. Nous nous engageons à ne pas transmettre ces données à des tiers sans votre accord. Dans le cadre du Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit ou obtenir communication des informations vous concernant que nous conservons, adressez-vous à l'aumônerie de

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole oreillons rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, lors des déplacements, joindre une ordonnance récente et une boîte de médicaments correspondants (dans l'emballage, avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		OREILLONS		SCARLATINE	
oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ			
oui	non	oui	non	oui	non	oui non			

ASTHME oui non

Allergies: ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES: _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire particulier, précisez :

Indiquez ci-après:

Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail : _____

Père : domicile : portable : travail : _____

Je soussigné(e), 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. J'autorise également, si nécessaire, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant _____

Date :

Signature :