



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

1 - ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT ;

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Autres (préciser)	

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DU CARNET DE SANTE RELATIVES AUX VACCINATIONS !

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **joindre un certificat médical de contre-indication** Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'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.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? cocher la ou les case(s) :

- Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine
 Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

L'enfant a-t-il des allergies ?

- Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres :.....

ATTENTION : en cas d'allergie **Alimentaire**, vous devez contacter impérativement la direction d'Acti'Jeunes avant le **19 juillet**. Un rendez-vous sera organisé afin d'échanger sur la nature de l'allergie et ses potentielles conséquences ; ainsi que sur le traitement médical indiqué par le médecin de l'enfant.

Ce rendez-vous permettra de déterminer quelle solution devra être apportée :

panier repas ou remplacement d'un ou de plusieurs plat(s).

Aucun enfant ayant une allergie alimentaire ne pourra être accueilli sans que ce

rendez-vous n'ait lieu.

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)
EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES,
ETC...PRÉCISEZ.

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

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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.*

Date : Signature :