**(Document confidentiel)**

**Fiche sanitaire de liaison 2022/2023**

1 – **ENFANT :**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Garçon 🞏 Fille 🞏

2 - **VACCINATIONS**

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Date des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Oui** | **Non** | **Date des derniers rappels** |
| Diphtérie |  |  |  | Coqueluche |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | Haemophilus |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |  |  |
| **Ou** DT polio |  |  |  | Hépatite B |  |  |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  | Pneumocoque |  |  |  |
|  |  |  |  | BCG |  |  |  |
|  |  |  |  | Autres (péciser) |  |  |  |

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

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 **maladie**s suivantes ?

Rubéole oui 🞏 non 🞏 Varicelle oui 🞏 non 🞏

Angine oui 🞏 non 🞏 Rhumatisme articulaire aigu oui 🞏 non 🞏

Scarlatine oui 🞏 non 🞏 Coqueluche oui 🞏 non 🞏

Otite oui 🞏 non 🞏 Rougeole oui 🞏 non 🞏

Oreillons oui 🞏 non 🞏

L’enfant a-t-il des **allergies ?**

Asthme : oui 🞏 non 🞏

Allergies médicamenteuses oui 🞏 non 🞏

Allergies alimentaires  oui 🞏 non 🞏

Autres :...................................................................................................................................

**S’il y a une allergie, précisez la cause de celle-ci et la conduite à tenir (si automédication les signaler) :** ................................................................................................................................................................................................................................................................................................

L’enfant a-t-il un handicap ? oui 🞏 non 🞏

Si oui merci de de nous précisez les précautions à prendre :

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

Percevez-vous l'AEEH ? oui 🞏 non 🞏

Indiquez ci-après les éventuelles **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. fixe domicile : Tél. fixe travail :

Portable :

Nom et téléphone du médecin traitant :

*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.*

Date :

Signature :

**

 Avec le soutien de :