



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Date de validité : Une année scolaire

Enfant :	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	

Accueil :

Année scolaire :

Lieu de l'ACM :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui non		Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G.			
ou Tétracoq				Autres (préciser)			

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

Allergies : médicamenteuses oui non

alimentaires oui non

asthme oui non

autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant l'ACM :

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

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 l'enfant.

Si votre enfant est cherché par une autre personne que son responsable légal, veuillez rédiger une décharge nominative.

Merci.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

