**FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023**

**« LE REPAIRE DES PIRATES »**

**Nom : …………………………….………………………….**

**PRENOM : ………………………………………………….**

**DATE DE NAISSANCE : ………………………………..**

 **Garçon Fille**

**VACCINATIONS (JOINDRE LES COPIES DU CARNET DE SANTE + remplir les cases svp)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRE** | **OUI** | **NON** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS Recommandés** | **DATES** |
| **Diphtérie** |  |  |  | **Hépatite B** |  |
| **Tétanos** |  |  |  | **Rubéole-Oreillons-Rougeole** |  |
| **Poliomyélite** |  |  |  | **Coqueluche** |  |
| **Ou DT polio** |  |  |  | **Autres (préciser)** |  |
| **Ou Tetracoq** |  |  |  | **Infections invasives à pneumocoque** |  |
| **BCG** |  |  |  |  |  |

**Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre indication ATTENTION ; le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (boites de médicaments non ouvertes, dans leur emballage d’origine et marquées au nom de l’enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

|  |
| --- |
| **MEDECIN TRAITANT**NOM…………………………………………………TELEPHONE……………………………………………………………………………………ADRESSE……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBEOLE** | **VARICELLE** | **ANGINE** | **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** | **SCARLATINE** | **COQUELUCHE** |
| Oui non | Oui non  | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui non |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **OREILLONS** |  |  |
| Oui Non | Ouinon  | Oui Non | Oui non |  |  |

**ALLERGIES :**

|  |
| --- |
| **ASTHME** OUI **MEDICAMENTS** OUI NON NON**ALIMENTAIRE** OUI  **AUTRES** OUI NON NONPRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMEDICATION LE SIGNALER)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**INDIQUEZ SI APRES :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC… PRECISEZ.

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**RESPONSABLE DE L’ENFANT**

NOM…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ADRESSE…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

PORTABLE : ……………………………………… DOMICILE :…………………………..…..…………. TRAVAIL : ……………..………………………………

**JE SOUSSIGNE(E) …………………………………………. RESPONSABLES LEGAUX DE L’ENFANT, DECLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE RESPONSABLE DU SEJOUR A PRENDRE, LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MEDICAL, APPEL DES SERVICES D’URGENCE, HOSPITALISATION, INTERVENTION MEDICALE ET CHIRURGICALE) RENDUE NECESSAIRES PAR L’ETAT DE L’ENFANT.**

**SIGNATURES(OBLIGATOIRE)**