



Code de l'action sociale et des familles  
**Fiche sanitaire de liaison**

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
 Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

**NOM PRENOM Enfant**

**Date de naissance :**  
 fille                       garçon                     

**Adresse :**

**Téléphones Responsables légaux:**

**ACM:**

**Dates du séjour :**

**Adresse :**

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

Vaccins obligatoires	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphthérie		Hépatite B	

Tétanos		Rubéole	
Poliomyélite, DT Polio ou Tétracoq		Coqueluche	
B.C.G.		Autres ( <i>préciser</i> )	

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**Allergies** médicamenteuses  oui    non                      asthme  oui    non  
 alimentaires                       oui    non                      autres  oui    non

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

**III - Difficultés de santé et Précautions à prendre:**

**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 le séjour :**

**Téléphone:**

**Coordonnées 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.

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

**Date :**

---

**A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille**

Coordonnées de l'organisateur :

Commentaires: