

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. ENFANT**0 Garçon****0 Fille****Nom et prénom :****Date de naissance :**

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

ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels
Diphtérie Hépatite B			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			
BCG			
Vaccins recommandés	Oui	Non	Dates
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ?

0 Oui**0 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 DEJA EU LES MALADIES et/ou ALLERGIES SUIVANTES ?

Maladies	Oui	Non	Allergies	Oui	Non
Rubéole			Asthme		
Coqueluche			Alimentaires		
Varicelle			Médicamenteuses		
Rhumatisme articulaire aigu			Autres (préciser) :		
Scarlatine					
Otite					
Angine					
Rougeole					
Oreillons					

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 DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES (AUDITIVES, DENTAIRES...) ? PRÉCISEZ.

.....

.....

5. COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de La Cabane à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.