

Séjour du..... au..... Ecole/Mairie:.....

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS

| VACCINS OBLIGATOIRES* | | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|--------------------------|-----|-----|-------------------------------|----------------------------|-------|
| | oui | non | | | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Covid-19 | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |
| BCG | | | | | |

* Dans tous les cas, joindre un certificat médical de vaccination DTP ou une copie identifiée de la page du carnet de vaccination
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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il suivre un traitement médical durant le séjour ? Oui non

- Si oui : joindre l'**ordonnance** et les médicaments correspondants, boîtes de médicaments dans leur **emballage d'origine, avec notice, marquées au nom de l'enfant.**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

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

PRESENCES D'UN P.A.I (projet d'accueil individualisé) oui non

- Si oui : Joindre impérativement le dossier complet, **signés par le médecin, avant le séjour.**

Pour les séjours scolaires, le PAI scolaire est porté à la connaissance du directeur de l'Ecole et de l'enseignant de votre enfant.

Pour les séjours de vacances (Colonies), un PAI spécifique au séjour (en lien avec le Projet Pédagogique) doit être établi, porté à la connaissance du directeur du séjour qui doit le signer avant la venue de l'enfant concerné (PAI scolaire non valide).

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les éventuelles précautions à prendre :

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

- Des lentilles : oui non
- Des lunettes : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- Des prothèses auditives : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- Des prothèses ou appareils dentaires : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- Autres recommandations : (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

- **Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités sportives, culturelles et sociales proposées dans le cadre du séjour** (voir Projet Pédagogique) : oui non
Si non : indiquer quelle(s) activité(s) fait(font) l'objet d'une contre-indication médicale :
.....Joindre impérativement la dispense établie par le médecin

- **Autorise le transport de mon enfant en véhicule de service et autocar** : oui

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

ADRESSE.....

TÉL fixe et portable

ADRESSE MAIL :

NOM et tel du MÉDECIN traitant.....

NOM et numéro de contrat/police ASSURANCE (scolaire).....

Numéro de Sécurité Sociale de rattachement de l'enfant.....

Joindre impérativement l'attestation de droit Sécurité Sociale ou CMU

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence.

Date :

Signature :