

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

TAILLE : _____ POIDS : _____

Document confidentiel

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

SÉJOUR DU 24 AU 30 AVRIL 2023 – ASSOCIATION OSADOC

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DU RESPONSABLE LÉGAL : CAISSE :

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres vaccins (préciser) :	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui non (Si Oui, lequel ?

Si oui, remettre dans les bagages de l'enfant le **traitement dans son emballage d'origine** (avec la notice), **marqué au nom de l'enfant** (avec posologie et horaires notés sur chaque boîte) et **accompagné de l'ordonnance** la plus récente, le tout placé **dans une pochette au nom de l'enfant**.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

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"/>	ANGINES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES 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"/>	OTITES 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"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen...) :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS ET LA CONDUITE À TENIR.

P.A. I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles).

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

INDIQUEZ ICI LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales, rééducation, suivi spécialisé, handicap, épilepsie, diabète,...) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (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 APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non occasionnellement

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

L'ENFANT SUIV-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE ? oui non

SI OUI, PRÉCISEZ

AUTRES RECOMMANDATIONS. PRÉCISEZ (ex : protection solaire, difficultés de sommeil, etc...)

.....
.....

4 – AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service ou autocar réservé par l'association : oui non

5 – RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LE COMPORTEMENT DE L'ENFANT

Si votre enfant présente des troubles comportementaux, il est indispensable que vous nous les fassiez connaître et corrélativement, les protocoles mis en œuvre pour y faire face. L'association entend, en effet, nouer des relations de confiance avec les responsables de l'enfant. Il en va de son accueil et de son accompagnement durant le séjour.

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

6 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (Pendant le séjour)

.....

TÉL. FIXE : PORTABLE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

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 directeur du séjour 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, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :