**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en fin de séjour*.

**DATES ET LIEU DU SÉJOUR : EPJ 2024 du 08 au 12 juillet 2024 1 rue Auguste Rey à Saint Prix**

# - ENFANT

NOM :……………………………………………………………… PRÉNOM :…………………………………………………………

DATE DE NAISSANCE :………………………………………………… GARÇON FILLE

1. **- VACCINATIONS** (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ; les photocopies de ces documents ne sont pas nécessaires*)

* Diphtérie Tétanos Polio coqueluche date dernier rappel : ... / ... / .....
* Hépatite B date dernier rappel : ... / ... / .....
* Rougeole- Rubéole Oreillons date dernier rappel : ... / ... / .....

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (Diphtérie-Tétanos-Polio) joindre un certificat médical de contre-indication

# - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

* Votre enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui 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). Pour des raisons de sécurité aucun médicament ne peut être conservé par votre enfant sans l'accord de l'assistant sanitaire du séjour.*** Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

* votre enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes (entourez les maladies concernées) ?

ASTHME, RHINITE ALLERGIQUE, VARICELLE, COQUELUCHE, ROUGEOLE, OREILLONS

**- ALLERGIES** : MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES...................................................

## Précisez la cause de l'Allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

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

-Votre enfant a-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, fragilité articulaire, rééducation, énurésie, règles douloureuses ). Si oui, précisez la nature et les **précautions à prendre** :

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

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

1. **- Autres recommandations utiles de votre part concernant votre enfant** (Votre enfant porte-t-il des LENTILLES, des LUNETTES, des PROTHÈSES AUDITIVES, des PROTHÈSES DENTAIRES, etc.) précisez

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

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

# - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ........................................................................................................... PRÉNOM ..............................................................................

ADRESSE (pendant le séjour si différente de l'adresse habituelle) ..........................................................................................................

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

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ....................................................... BUREAU :...............................................................................

NOM ET TÉL. 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..***

### J'autorise l'assistant sanitaire du séjour à donner du paracétamol en cas de douleur et à utiliser des pommades contre les petits traumatismes de la vie courante (contusion, hématome, ).

Date : Signature :