



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 ou détruite au terme de l'accueil.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Classe :
Nom :	Prénom :		
Date de Naissance :			

CLUB JUNIORS ADOS DE SAINT-LYÉ

Année : 2023

I – Vaccinations obligatoires ou informations relatives à leurs contre-indications :

Joindre une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations ou une attestation du médecin

II - Renseignements médicaux :

L'enfant a-t-il un PAI oui non / Si oui Médicamenteux Alimentaire

Le PAI est à transmettre en même temps que cette fiche

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 ?

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu	

Allergies : médicamenteuses oui non
 asthme oui non
 alimentaires oui non
 autres oui non

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

Régime alimentaire particulier :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Soins :

Autorisation des pommades utilisées en fonction des soins :

Brûlures (Biafine) oui non

Contusions (Hémoclar) oui non

Démangeaisons (Apaisyl) oui non

Contre-indication éventuelle :

III - 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 :

Tél. domicile : travail : portable :

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.

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

Date :