



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ce document doit être remis aux responsables de la Maison des Enfants dès le premier jour d'accueil

### 1 – RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Fille  Garçon

NOM DES PARENTS (ou responsable de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Prénoms (Père et mère) : \_\_\_\_\_

Adresse précise pendant le séjour : (Résidence, N° appartement ...) : \_\_\_\_\_

N° téléphone portable : \_\_\_\_\_

**N.B., vous vous engagez à être joignable sur ce numéro**

**Merci de préciser le nom et téléphone d'autres personnes éventuellement autorisées à venir chercher votre enfant :**

### 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si OUI, lequel ? \_\_\_\_\_

Merci de joindre une ordonnance médicale et les médicaments correspondants avec la notice.

#### **VACCINATIONS OBLIGATOIRES (se référer au carnet de santé)**

ENFANT NE AVANT 2018	ENFANT NE EN 2018-2019
Vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP)	Vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP)/ infections invasives à Haemophilus influenzae de type b/ hépatite B/ infections invasives à pneumocoques/ méningocoque de sérogroupe C/ rougeole, oreillons, rubéole
Date de la vaccination :	Date de la vaccination :

N.B., Si non joindre un justificatif établi par le médecin.

### 3 – ALLERGIES

Asthme : \_\_\_\_\_

(En cas d'asthme j'autorise le personnel à administrer le traitement médical)

Médicamenteuses : \_\_\_\_\_

Alimentaires : \_\_\_\_\_ Autres : \_\_\_\_\_

En cas d'allergie, ou de régime alimentaire particulier merci de préciser la cause et la conduite à tenir :

### 4 – DIFFICULTES DE SANTE ET/OU RECOMMANDATIONS PARTICULIERES

Merci d'indiquer les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opérations...) en précisant les dates et les précautions à prendre, ou toutes recommandations :

### 5 – AUTORISATIONS

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les infirmières de la structure à prendre, en cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

J'autorise le personnel à utiliser avec mon enfant les transports en navettes dans le cadre d'activités extérieures :

Oui  Non

J'autorise le personnel à prendre des photos de mon enfant, ces photos pourront être utilisées dans le cadre des animations ou promotion des activités de la maison des enfants :

Oui  Non

Date :

Signature :