



ENFANT

NOM \_\_\_\_\_  
PRÉNOM \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

GARÇON      FILLE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON NUMERIQUE

DATE ET LIEU DE SÉJOUR : \_\_\_\_\_

Cette fiche est obligatoire et permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle devra être accompagnée de la copie du carnet de vaccination de l'enfant et de la copie de l'attestation de sécurité sociale sur laquelle l'enfant figure.

## VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et en joindre une copie

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				BCG	
Poliomyélite				Rubéole Oreillons Rougeole	
ou DTP				Coqueluche	
ou Tétracoq				Autres	

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.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?      oui      non

Si oui, joindre **impérativement** l'ordonnance médicale à l'envoi numérique de cette fiche

Les médicaments correspondants devront être remis le premier jour à l'équipe *dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant.*

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes	Scarlatine
oui    non	oui    non	oui    non	oui    non	oui    non

Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
oui    non	oui    non	oui    non	oui    non

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

TEL DOMICILE \_\_\_\_\_ PORTABLE \_\_\_\_\_

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (NOM ET TEL) \_\_\_\_\_

*Je, soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à les réactualiser si nécessaire et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

DATE

SIGNATURE

## INDIQUEZ ICI LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ :

*Ces rubriques sont importantes pour accueillir au mieux votre enfant*

ASTHME                      non                      oui                      si oui :                       allergique                       à l'effort

### ALLERGIES

ALIMENTAIRES                      non                      oui                      MÉDICAMENTEUSES                      non                      oui

AUTRES                      non                      oui

**Précisez la cause de l'allergie :** \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il un PAI pour son allergie ?**                      non                      oui

Si oui, merci de le joindre impérativement avec l'ordonnance si besoin

**Votre enfant a-t-il un PAI ou un traitement ou est-il suivi pour un autre motif ?**                      non                      oui

Si oui, pour quelle pathologie : \_\_\_\_\_

(épilepsie stabilisée, TDAH, suivi psychologique, maladie chronique, TSA, syndrômes, anxiété, fin de traitement maladie....)

### ANTÉCÉDENTS :

**Votre enfant a-t-il été hospitalisé dans les 2 dernières années ?**                      non                      oui

Si oui, pour quel motif (opération, affection de longue durée, convulsions, suivi psychologique...) : \_\_\_\_\_

**Comment s'est déroulé l'année scolaire en cours de votre enfant ?**

(RAS, harcèlement, isolement, crises d'angoisses, HPI, etc...)

### AUTRES INFORMATIONS :

**Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?**                      non                      oui

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Nous pouvons fournir des menus spécifiques sans porc, mais pour les inscrits qui indiquent ne pas manger de viande, nous compenserons en majorité avec des laitages et des légumes ainsi que des menus végétariens plusieurs fois par semaine.

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

**Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il peur du noir ? Est-il somnambule ? Mouille-t-il son lit ? Est-il ultra-sensible ? ...**

---

---

---

**Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique ?**                      non                      oui

(handicap, maladie)

**MERCI D'INDIQUER LE CAS ÉCHÉANT LE TRAITEMENT SUIVI PAR VOTRE ENFANT :**

(noms des médicaments et posologie)

---

---

Envoyer la fiche sanitaire