



## 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 (une carte d'identité leur sera demandée):**

### 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 APRES 2018
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 séro groupe 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 :