|  |  |
| --- | --- |
|  | *Code de l'action sociale et des familles*Fiche sanitaire de liaison 2025/2026 |



*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.*

*Une fiche est valable pendant un an du 1/09 au 31/08*

**Enfant :** 🞎 fille 🞎 garçon Date de naissance : ……………………………………………….………………

 Nom : …………………………………………………………………… Prénom : ………………………………………………

 Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

**I - Vaccinations :** (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **oui** | **non** | **Dernier rappel** | **Vaccins recommandés** | **oui** | **non** | **Date** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |  |  |
| ou DT polio |  |  |  | Autres (*préciser*) |  |  |  |
| ou Tétracoq |  |  |  |  |  |  |  |
| B.C.G. |  |  |  |  |  |  |  |

*Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.* Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**

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 ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non |

Allergies : médicamenteuses 🞎 oui 🞎 non ……………………………….

asthme 🞎 oui 🞎 non

alimentaires 🞎 oui 🞎 non 🞎lactose 🞎fruits à coques 🞎cèleri 🞎soja

autres 🞎 oui 🞎 non

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

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

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

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

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

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

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

**III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

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

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

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

**IV – Recommandations particulières (important)**

Avez-vous des recommandations particulières à communiquer à l’équipe d’encadrement ? .....................................................................................................................................................................................

Votre enfant est-il à besoin particulier ? (TSA-TDA(H) - DYS - handicap,...)

⃝Oui ⃝Non

Si oui, nous vous invitons à prendre rendez-vous avec le directeur ou la directrice de l’accueil afin de préparer sa venue si vous le jugez nécessaire, utile.

Votre enfant est-il diagnostiqué? ⃝Oui ⃝Non ⃝En cours

Précisez le diagnostic : .....................................................................

Disposez-vous d’une notification de la MDPH? (par ex AEEH) ⃝Oui ⃝Non ⃝En cours

Si oui, joindre la notification.

P.A.I. (Projet d’accueil individualisé) : ⃝Oui ⃝Non Si oui, veuillez-nous le transmettre

**V - Responsable légal de l'enfant :**

Nom :……………………………………………..Prénom : ……………………………………………..

Adresse pendant le séjour : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Tél. : ……………………………………………..travail : ……………………………………………..

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: Date :