

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

Nom : ..... Garçon ☐ Fille ☐

Prénom : ..... Date de Naissance : ...../...../.....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant activités organisées par le Foyer Culturel de Sciez. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccinations)

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES            | DATES |
|----------------------|----------------------------|--------------------------------|-------|
| Diphtérie            |                            | Coqueluche                     |       |
| Tétanos              |                            | Hépatite B                     |       |
| Poliomyélite         |                            | Rougeole - Oreillons - Rubéole |       |
| Ou DT Polio          |                            | Autres (préciser)              |       |
| Ou Tétracoq          |                            |                                |       |
| Pentavac             |                            |                                |       |
| Prévenar             |                            |                                |       |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfants a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|                                                                                |                                                                               |                                                                              |                                                                                 |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RUBEOLE</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>    | <b>VARICELLE</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | <b>ANGINE</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | <b>RHUMATHISME</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | <b>SCRALATINE</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <b>COQUELUCHE</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | <b>OTITE</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>     | <b>ROUGOELE</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | <b>OREILLONS</b><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   |                                                                                |

L'enfant suit-il un traitement médical durant ses activités Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les noms des médicaments.

## ALLERGIES

L'enfants a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

|                  |                        |                                                           |
|------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>ALLERGIES</b> | <b>Asthme</b>          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|                  | <b>Alimentaires</b>    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|                  | <b>Médicamenteuses</b> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|                  | <b>Autres.....</b>     |                                                           |

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

## DIFFICULTES DE SANTE

Maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... (préciser les dates et précautions à prendre).

.....

.....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, dentaires,... (préciser les dates et précautions à prendre). Ou toutes recommandations utiles à nos services.

.....

.....

.....

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

Date : .....

Signature :