

Fiche sanitaire de liaison

DOCUMENT CONFIDENTIEL

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

Enfant :

Nom :

Prénom :

fille garçon

Date de naissance :

MAIRIE DE COUZEIX

I - Vaccinations :

Merci de joindre **OBLIGATOIREMENT** une copie du carnet de vaccinations.

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** ? 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 administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non

Asthme oui non

alimentaires oui non

autres oui non

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

Régime alimentaire spécifique oui non

Si oui, merci d'apporter des précisions :

III – Recommandations utiles :

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

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

IV – Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) :

Votre enfant fait-il l'objet d'une prise en charge dans le cadre d'un PAI ?

oui non

Si oui, merci de joindre une copie du document au dossier

V - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant le séjour : _____
.....
.....

Tél. domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

Nom et tél. du médecin traitant : _____

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

Signature :

Date :

En cas d'urgence

Un enfant accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

La famille sera immédiatement avertie par nos soins.

Un enfant mineur ne pourra sortir de l'hôpital que sous la responsabilité de sa famille.