

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

|  **PHOTO** | **L’ENFANT** |
| --- | --- |
| NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PRÉNOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GARÇON  FILLE    |

**DATES DU STAGE AU MOULIN DE PARADE** : **HIVER 2023**

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités de l’enfant : elle évite de vous démunir de son carnet de santé.*

**TOUTES LES INFORMATIONS SONT OBLIGATOIRES**

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant).

| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT polio |  |  |  | BCG |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  | Autres (préciser) |  |

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

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui  non 

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

**(Boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice)**

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, même pour les petits maux (tête, ventre, règles, …)**

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

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | SCARLATINE | RHUMATISMEARTICULAIRE AIGÜ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | OUI 🖵 NON 🖵 |
| OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 | OUI 🖵 NON 🖵 |  |

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  AUTRES ………………………………………….

 ALIMENTAIRES oui  non  …………………………………………………….

MEDICAMENTEUSES oui  non  ……………………………………………………..

**PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d’accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER** oui  non  PRÉCISEZ …………………………………………...

Le mineur présente-t-il **un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d’informations médicales** (informations sous pli cacheté), **des précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter ?** oui  non 

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Indiquez **les difficultés de santé** (Maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, …) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3 – **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non 

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant

 AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire, difficultés de sommeil, …)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**BAIGNADE :** SAIT NAGER □ SE DEBROUILLE □ NE SAIT PAS NAGER □

**L’ENFANT MOUILLE-T-IL SONT LIT ?** oui  Occasionnellement  non 

**4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ............................................................................................ PRÉNOM .........................................................................

ADRESSE...............................................................................................................................................................................

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ............................................................. BUREAU : .............................................

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : *............................................................................................................................*

N° Sécurité Sociale (dont dépend l’enfant) : …………………………………………….

\* Si vous bénéficiez d’une prise en charge à 100% (CMU ou autre), nous remettre impérativement une copie de l’attestation de la sécurité sociale.

*Je soussigné(e), .................................................................................................................responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l’équipe d’animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, j’autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour où toute personne désignée par celui-ci à faire sortir mon enfant de l’hôpital après une hospitalisation.*



Date : Signature :