|  |  |
| --- | --- |
| **logo MSJSVA bleu** | *Code de l'action sociale et des familles***Fiche sanitaire de liaison** |

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

*Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.*

 **Enfant :** [ ]  fille [ ]  garçon Date de naissance :

 Nom :      Prénom :

 Adresse :

**Accueil :** Dates du séjour :

[ ]  Séjour de vacances

[ ]  Accueil de loisirs

[ ]  Séjour dans une famille

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 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 - Responsable légal de l'enfant :**

Nom :      Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile :      travail :

portable :

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 (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :