



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : / / Sexe : F / M

### PRECAUTIONS PARTICULIERES

Votre enfant a-t-il des ALLERGIES • Alimentaires <b>NON</b> <input type="checkbox"/>  • Médicaments <b>NON</b> <input type="checkbox"/>  • Autres (animaux, objets...) <b>NON</b> <input type="checkbox"/>	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
Votre enfant est-il ASTHMATIQUE <b>NON</b> <input type="checkbox"/>	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
Votre enfant a-t'il un régime alimentaire (sans sel, sans viande, sans porc...) <b>NON</b> <input type="checkbox"/>	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , lequel ?		

### INFORMATIONS MEDICALES

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Dates des derniers rappels	VACCINATIONS RECOMMANDEES	Dates
• Diphtérie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Tétanos OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Poliomyélite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (ou DTP, ou Tétracoq)	_____ _____ _____	• Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Haemophilus OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • ROR OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Hépatite B OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Pneumocoque OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • BCG OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • Autres	_____ _____ _____ _____ _____
<b>Joindre obligatoirement les photocopies des vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication à la vaccination.</b>			
Votre enfant a-t'il eut • La varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • La rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel _____ _____ _____ <b>Si oui, il faut joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) le jour de l'arrivée. Aucun médicament ne peut être donné sans l'ordonnance.</b>		



## BESOINS SPECIFIQUES

Votre enfant a-t'il des difficultés <ul style="list-style-type: none"> <li>• De mobilité NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• D'audition NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• De vue NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• Pour parler NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• Pour les tâches de la vie quotidienne (se laver, manger, aller aux toilettes...) NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• De comportement NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> </ul>		
Pour mieux le connaitre, votre enfant est plutôt (sociable, timide, anxieux, discret...) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec les adultes _____ _____</li> <li>• Avec les enfants _____ _____</li> </ul>		
Poids :	Taille :	Si c'est une fille est-elle réglée NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

---



---



---

Je soussigné (e),....., responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements de cette fiche et je m'engage à les réactualiser dès que possible si changement de la situation. J'autorise le responsable et/ou le l'assistant sanitaire du séjour Frères et sœurs de L'ENVOL :

- A assurer les soins de routine et administrer les médicaments habituels sur ordonnance,
- À prendre en cas de situation d'urgence, toutes les mesures nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (contacter un médecin, contacter les services de secours, orienter l'enfant vers une structure hospitalière pour toutes intervention médicale et/ou chirurgicale).

L'ENVOL s'engage à informer les familles de tout changement dans l'état de santé de votre enfant.

Fait à ..... Le ..... 2020

**La signature des personnes titulaires de l'autorité parentale est obligatoire.**

Signature (parent 1) ..... signature (parent 2) .....

Signature (autre titulaire de l'autorité parentale) .....

Document confidentiel