FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel — à remplir par le responsable légal de l'enfant

Séjour / structure : _____ Dates du séjour : _____

1 - ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Taille (cm) : _____ Poids (kg) : _____

Photo (facultatif)

Genre : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non-binaire ☐ Autre identité

Adresse : _____

_____

Médecin traitant (nom et téléphone) : _____

PERSONNE(S) A PREVENIR (en cas d'urgence)

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

2 - VACCINATIONS

Vaccin	Obligatoire	Fait	Date
Diphtérie	Tous	☐	
Tétanos	Tous	☐	
Poliomyélite	Tous	☐	
Coqueluche	Né(e) dès 2018	☐	
Haemophilus influenzae	Né(e) dès 2018	☐	
Hépatite B	Né(e) dès 2018	☐	
Méningocoque C	Né(e) dès 2018	☐	
Pneumocoque	Né(e) dès 2018	☐	
Rubéole	Né(e) dès 2018	☐	
Oreillons	Né(e) dès 2018	☐	

Vaccin	Obligatoire	Fait	Date
Rougeole	Né(e) dès 2018	☐	
Méningo. A, C, W, Y	Né(e) dès 2023	☐	
Méningocoque B	Né(e) dès 2023	☐	
Tuberculose (BCG)	–	☐	
Hépatite A	–	☐	
Typhoïde	–	☐	
Fièvre jaune	–	☐	
Rage	–	☐	
Covid	–	☐	

Joindre une copie des pages « vaccinations » du carnet de santé. « Date » = date de l'injection ou du dernier rappel. Né(e) dès 2023 : le vaccin méningocoques A, C, W, Y couvre aussi le méningocoque C. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

TRAITEMENTS MÉDICAUX : ☐ Aucun traitement médical

Traitement (médicament, posologie)	Type	Ordonnance jointe
	☐ Régulier ☐ En cas de crise ☐ Ponctuel	☐ Oui ☐ Non
	☐ Régulier ☐ En cas de crise ☐ Ponctuel	☐ Oui ☐ Non
	☐ Régulier ☐ En cas de crise ☐ Ponctuel	☐ Oui ☐ Non

Joindre l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant, avec la notice. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

ALLERGIES : ☐ Aucune allergie connue

Déclencheur	Type	Gravité	Effets	Conduite à tenir
	☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autre	☐ Légère ☐ Sévère		
	☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autre	☐ Légère ☐ Sévère		
	☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autre	☐ Légère ☐ Sévère		

TROUBLES / HANDICAP : ☐ Aucun trouble connu

- ☐ Difficultés à communiquer
- ☐ Difficultés à s'exprimer
- ☐ Difficultés d'endormissement / Réveils nocturnes
- ☐ Peur du noir / Cauchemars fréquents
- ☐ Trouble du sommeil
- ☐ Handicap cognitif
- ☐ Handicap mental ou déficience intellectuelle
- ☐ Handicap physique ou moteur
- ☐ Handicap sensoriel :
  - ☐ Visuel ☐ Auditif ☐ Autre
- ☐ Fragilité osseuse ou articulaire
- ☐ Polyhandicap
- ☐ Trouble de l'attention :
  - ☐ Diagnostiqué ☐ Présumé
- ☐ Trouble de l'humeur
- ☐ Trouble du comportement alimentaire
- ☐ Trouble dys-
- ☐ Troubles neurodéveloppementaux (TSA, TDA/H)
- ☐ Trouble neurologique

Conduite à tenir / conseils pour l'accueil :

DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération… en précisant les dates et les précautions à prendre.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

L'enfant mouille-t-il son lit : ☐ Oui ☐ Non

Gestion de la menstruation : ☐ Sans objet ☐ Autonome ☐ Assistance requise

5 - RÉGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

☐ Non ☐ Sans porc ☐ Végétarien ☐ Vegan ☐ Sans lactose ☐ Sans gluten

Autre (préciser) :

Autorisation de prise en charge médicale d'urgence

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

la direction du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et, si nécessaire, à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

☐ *J'ai pris connaissance que cette fiche peut être numérisée de façon sécurisée (chiffrement de bout en bout, hébergement HDS) par la structure pour le suivi sanitaire du séjour (opposition possible auprès de la direction).*

Je soussigné(e), _____ *responsable légal de l'enfant,*

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Téléphone : _____ **Signature :**

Fait à : _____

Le : _____