



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire

2019/2020

Pour le Peri's cool de SOLGNE

1- ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en août 2020. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, OUI, NON, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDES, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, BCG, Autres (préciser).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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.

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

Table with 5 columns: RUBEOLE, VARICELLE, ANGINE, OREILLONS, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHÉ, OTITE, ROUGEOLE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ.

Allergies : ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non AUTRES : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Three horizontal lines for specifying allergy details.

Indiquez ci-après :

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

Recommandations utiles des parents :

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

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Numéros de téléphone :

Mère – domicile : _____ Portable : _____ Travail : _____

Père – domicile : _____ Portable : _____ Travail : _____

Je soussigné(e), _____ 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.

Médecin traitant :

Nom : _____ Tél. : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date : _____ Signature : _____

PERI'S COOL – CCAS de Solgne

5 Place du 18 Novembre – 57420 SOLGNE – 03 87 57 62 94 – solgne.ccas@orange.fr