

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garçon

Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'Accueil Collectif de Mineurs pour lequel votre enfant est inscrit. **Elle est confidentielle** et **sera détruite** à la fin de la période concernée à savoir : un an de validité.

## VACCINATIONS (se référer au carnet de ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracocq				Autres	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'ACM ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Quelle(e) maladie(s) a-t-il eue(s) cochez ?

RUBEOLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	VARICELLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ANGINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	SCARLATINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
COQUELUCHE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OTITE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ROUGEOLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OREILLONS OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	AUTRES OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>

ASTHME OUI  NON

**ALLERGIES :** MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON

AUTRES : \_\_\_\_\_

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

(si automédication, le signaler)

---



---



---

**DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**).

---

---

---

## RECOMMANDATION UTILE DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, un traumatisme ?

Précisez :

---

---

---

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI  NON  L'enfant fait-il la sieste ? OUI  NON

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

N° de SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE

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.

J'autorise également, si nécessaire, le directeur de l'ACM à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date : \_\_\_\_\_,

Signature :