



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ce document doit être remis aux responsables de la
Maison des Enfants dès le premier jour d'accueil

1 - RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

NOM DE L'ENFANT : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Poids : _____

Fille ☐ Garçon ☐

NOM DES PARENTS (ou responsable de l'enfant) : _____

Prénoms (Père et mère) : _____

Adresse précise pendant le séjour : (Résidence, N° appartement ...) : _____

N° téléphone portable : _____

N.B. vous vous engagez à être joignable sur ce numéro

**Merci de préciser le nom et téléphone d'autres personnes éventuellement autorisées à venir
chercher votre enfant (une carte d'identité leur sera demandée):**

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui ☐ Non ☐

Si OUI, lequel ? _____

Merci de joindre une ordonnance médicale et les médicaments correspondants avec la notice.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES : CARNET DE SANTÉ À PRESENTER

ENFANT NE AVANT 2018	ENFANT NE APRES 2018
Vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP)	Vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP)/ infections invasives à Haemophilus influenzae de type b/ hépatite B/ infections invasives à pneumocoques/ méningocoque de sérogroupe C/ rougeole, oreillons, rubéole
Date de la vaccination :	Date de la vaccination :

N.B., Si non joindre un justificatif établi par le médecin.

3 - ALLERGIES

Asthme : _____

(En cas d'asthme j'autorise le personnel à administrer le traitement médical)

Médicamenteuses : _____

Alimentaires : _____ Autres : _____

En cas d'allergie, ou de régime alimentaire particulier merci de préciser la cause et la conduite à
tenir : _____

4 - DIFFICULTES DE SANTE ET/OU RECOMMANDATIONS PARTICULIERES

Merci d'indiquer les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation,
opérations...) en précisant les dates et les précautions à prendre, ou toutes recommandations :

5 - AUTORISATIONS

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les
renseignements portés sur cette fiche et autorise les infirmières de la structure à prendre, en cas
échec, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues
nécessaire par l'état de l'enfant.

J'autorise le personnel à utiliser avec mon enfant les transports en navettes dans le cadre d'activités extérieures :
Oui ☐ Non ☐

J'autorise le personnel à prendre des photos de mon enfant, ces photos pourront être utilisées dans le cadre
des animations ou promotion des activités de la maison des enfants :
Oui ☐ Non ☐

Date :

Signature :