FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ÉGLISE CATHOLIQUE
DANS L'OISE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT
ELLE LUI ÉVITE DE PRENDRE SON CARNET DE SANTÉ.

1 - ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

NUMÉRO DE SECURITE SOCIALE : .....

GARÇON ☐ FILLE ☐

2 - VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).
Vous pouvez également nous joindre une photocopie des vaccins

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Personne Majeure à prévenir en cas d'urgence *(et joignable pendant la durée du séjour)*

Nom et prénom :.....

numéro de téléphone : .....

lien avec l'enfant :.....

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? Oui ☐ : Non ☐

L'enfant a-t-il un PAI ? Non ☐ Non ☐

(Projet d'Accueil Individualisé : document écrit qui précise les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité)

Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI 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, si automédication le signaler

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	oui ☐	Non ☐
RUBÉOLE	oui ☐	Non ☐
VARICELLE	oui ☐	Non ☐
ANGINE	oui ☐	Non ☐
SCARLATINE	oui ☐	Non ☐
COQUELUCHE	oui ☐	Non ☐
OTITE	oui ☐	Non ☐
ROUGEOLE	oui ☐	Non ☐
OREILLONS	oui ☐	Non ☐

.....

.....

ALLERGIES

ASTHME	oui ☐	Non ☐
MÉDICAMENTEUSES	oui ☐	Non ☐
ALIMENTAIRES	oui ☐	Non ☐

AUTRES .....

Précisez la cause de l'allergie
(si automédication le signaler)

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

autre maladie / pathologie / accident / crise / hospitalisation / Opération / rééducation / règles douloureuses...

qui semblerait importante à signaler, en précisant les précautions à prendre

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM ..... Lien avec l'enfant : .....

ADRESSE .....

TÉLÉPHONE : Fixe ..... portable .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

Je soussigné, ... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A

Date :

Signature :

Notes complémentaires (à remplir par le lieu d'accueil)

.....

.....

.....

.....

.....