



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-26

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil. **Chaque année doit être donnée au vu des éventuelles variations de santé/vaccins**

**Enfant :** ☐ fille ☐ garçon Date de naissance : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète .....

**Accueil :** TY'MOUSS

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | oui | non | Dernier rappel | Vaccins recommandés | oui | non | Date |
|----------------------|-----|-----|----------------|---------------------|-----|-----|------|
| Diphtérie            |     |     |                | Hépatite B          |     |     |      |
| Tétanos              |     |     |                | Rubéole             |     |     |      |
| Poliomyélite         |     |     |                | Coqueluche          |     |     |      |
| ou DT polio          |     |     |                | Autres (préciser)   |     |     |      |
| ou Tétracoq          |     |     |                |                     |     |     |      |
| B.C.G.               |     |     |                |                     |     |     |      |

**OU  
PHOTOCOPIE  
VACCINS avec  
le NOM de  
votre enfant**

(à votre charge)

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris **SANS ORDONNANCE**.

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

| Rubéole                                                   | Varicelle                                                 | Angine                                                    | Scarlatine                                                | Coqueluche                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite                                                     | Rougeole                                                  | Oreillons                                                 | Rhumatisme articulaire aigu                               |                                                           |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                                                           |

**III - Allergies :**

**ASTHME** oui ☐ non ☐ **MÉDICAMENTEUSES** oui ☐ non ☐ **ALIMENTAIRES** oui ☐ non ☐ **AUTRES** .....

**1) PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR** (si automédication le signaler) – **SI PAI FOURNIR UNE COPIE :** ☐

**2) INDIQUEZ CI-APRÈS :** LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES **ET LES PRÉCAUTIONS/INDICATION À PRENDRE.**

**3) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.**

A Séné, le / / **Signature du responsable légal:** .....