

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Ecole : .....

### Santé de l'enfant

Allergie (produire un certificat  OUI  NON  
médical)

Préciser : .....

Autres problèmes médicaux  OUI  NON

Préciser : .....

PAI (projet d'accueil individualisé) déjà mis en place :

NON  OUI (joindre le protocole et  
toutes les informations utiles)

Votre enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si **oui** joindre l'ordonnance, les médicaments dans la boîte d'origine (avec notice) marquée au nom de l'enfant (aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.)

Test d'aisance aquatique :  OUI  NON  Autre

Vaccins à jour  OUI  NON

### Indiquez ci-après :

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Informations complémentaires** (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES :  OUI  NON

DES LUNETTES :  OUI  NON (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHESES AUDITIVES :  OUI  NON (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE :  OUI  NON (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS (Précisez)

.....  
.....  
.....  
.....

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  NON  OCCASIONNELLEMENT  OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  NON  OUI

Je (nous) soussigné(e-s),....., responsable(s) légal(e-s-aux) de l'enfant, déclare(ons) exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et :

- autorise(ons) le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de l'enfant,
- autorise(ons) également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation,
- autorise(ons) l'assistant sanitaire à administrer à mon enfant les médicaments prescrits par le médecin (dont l'ordonnance sera jointe avec la précision : « dispensé par un personnel non médical »).

N° de sécurité sociale : .....

A Limoges, le .....

Signature du responsable 1

Signature du responsable 2