

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

GROUPE: VILLEURBANNE NATIVITE **TERRITOIRE**: RHONE CITE DES LUMIERES **ANNÉE**: 2024 - 2025

1.	IDENTITÉ						
Nom							
Prénc	om						
Sexe		□М		□F			
Date	de naissance			Poids			
RESP	ONSABLES D	E L'ENFANT (A	prévenir en o	cas d'urge	ence)		
	et Prénom	•	Téléphone 1			Téléphone 2	
2.		S DE SANTÉ PA					
Malad	dies, handica _l	p, hospitalisati	ons, opératio	ns Avec	les d	ates des évènements.	
-	OUI, joindre u pite d'origine m donnance. NON. as de problè	arquée au nom d ème de santé	médicale récent de l'enfant. Auc au long cou	un médica urs, néce	ment r	nents correspondants dans ne pourra être donné sans d'en parler avec l'ass	s Sistant
néces	ssaire et être		e. Si un PAI	a été éta	abli à	Individualisé) peut s'a l'école, une copie peu	
alime	exemple : tro entaire, hype	ubles du somn	neil, mouille : icap, prothès	son lit la es denta	nuit,	méliorer l'accueil de l'enfa saignements de nez, re t auditives, port de lur	égime

ALLERGIES

Aliments, médicaments	Type de réaction (œdème, urticaire,)		

4. VACCINATIONS

Il est **demandé** de joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou de fournir une attestation des vaccinations réalisées **en cas d'absence de carnet**.

Maladie	Nom du vaccin (entourer le nom)				Date du dernier rappel
DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) Coqueluche	Infanri x Hexa	Pentavac ®	Repeva x® Boostri x®	Revaxis®	
Haemophilus influenzae	R				
Hépatite B	Hexyo n®	Engerix B® Genhevac ®			

Maladie	Nom du vaccin	Nombre d'injections reçues
Méningocoque C	Neisvac® Meningitec®	
Pneumocoque	<i>Prevenar</i> ®	
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	Priorix® / MMR Vax pro®	
Tuberculose	BCG	
COVID	Comirnaty® / SpikeVax®	

Autre	Hépatite A (Avaxim®, Vaqta®, Havrix®)	Typhoïde (Typhim®)	Fièvre jaune (<i>Stamaril</i> ®)	Rage (<i>Vaccin rabique</i>)
Date				

Nom et fonction de la personne ayant vérifié la conformité des vaccinations :

Pour rappel, pour les enfants nés avant 2018, seule la vaccination DTP est obligatoire. Les autres informations sont indispensables pour permettre au corps médical d'estimer l'état de santé de votre enfant si nécessaire.

Date:	Signature :
Date:	Signati

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.

<u>Date et Signature des parents :</u>

Observations pendant le séjour :