|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FICHE SANITAIRE DE LIAISON****DOCUMENT CONFIDENTIEL****Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination** | **ENFANT**NOM ……………………………………………………….…………….…………………………………………………..PRENOM ………………………………………………….DATE DE NAISSANCE …………………………………FILLE GARÇON  |

DATES ET LIEU DE L’ATELIER OU STAGE : du **………………………………………** au **……………………………….** à Paris.

CETTE FICHE, ETABLIE SUR LA BASE DU CERFA 10008\*2, PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L’ATELIER OU LE STAGE DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE LE MUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

**1 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)**

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

**2 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**Poids (en kg) : …………………………. Taille (en cm) : ………………… (informations nécessaires en cas d’urgence)**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?   oui   non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente 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.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | VARICELLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | ANGINE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | SCARLATINE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 |
| COQUELUCHE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | OTITE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | ROUGEOLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 | OREILLONS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALLERGIES :** | ASTHME           oui   non  ALIMENTAIRES  oui   non   | MEDICAMENTEUSES oui   non  AUTRES (à préciser) oui   non  ……………………………………………………………………………………….. |

Si **oui** joindre un **certificat médical** précisant la cause de l’allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

L’enfant présente-t-il un problème de santé, si oui   non

Si **oui** préciser les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation…) en précisant les dates et les précautions à prendre :

………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………..……………………..

………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..……………..

………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………..………………………………..

………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…

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

………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………..……………………..

………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..……………..

………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………..………………………………..

………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…

**5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT**

NOM …………………………………………………………..……………………………………………………………………………………….………………………....

ADRESSE ………………………………………………………………………..………………………………………………………………….…………………………....

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…

TEL PORTABLE ………….………………………………… DOMICILE : ………………………….……………… TRAVAIL : ……………………………..……

NOM …………………………………………………………..……………………………………………………………………………………….………………………....

ADRESSE ………………………………………………………………………..………………………………………………………………….…………………………....

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…

TEL PORTABLE ………….………………………………… DOMICILE : ………………………….……………… TRAVAIL : ……………………………..……

NOM ET TÉL. DU **MÉDECIN TRAITANT** …………………………..…………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…

*Je soussigné* ………………………….……………………………….………………………….………… *responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m’engage à les réactualiser si nécessaire. J’autorise le responsable de 17E Arts à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires selon l’état de santé de l'enfant.*

Date : ………………………….…… Signature : ………………………….……