FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM .....

PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

GARCON ❑ FILLE ❑

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant à présenter le jour de l'inscription).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	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 antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME OUI ❑ NON ❑ MEDICAMENTEUSES OUI ❑ NON ❑
ALIMENTAIRES OUI ❑ NON ❑ AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTES DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS À PRENDRE**

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC. PRECISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM .....PRENOM .....

N° DE SECURITE SOCIALE : ....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR).....
.....
.....

TEL. : DOMICILE .....TRAVAIL .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF). : .....

Je soussigné,..... 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.

Date : Signature :

Fiche mise à jour le : ..... Signature :

..... Signature :