

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)

VACCINS Obligatoires	O U I	N O N	DATES Derniers Rappels	VACCINS Recommandés	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G					
D.T.C.P					
Pentavac				Monotest	
Prévenar					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si **oui**, joindre **obligatoirement**, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments avec la notice dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant) ainsi qu'une décharge autorisant l'équipe d'animation à administrer le médicament à l'enfant.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

Allergies : Asthme Oui Non Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, 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 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOMPRENOM.....

Adresse pendant le séjour :

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

TEL : DOMICILE : BUREAU :

Nom du médecin traitant (facultatif) :

TEL :

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 :