



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT :
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

LIEU & PÉRIODES DU SÉJOUR : _____

**CETTE FICHE PERMET DE RECEILLIR DES INFORMATIONS ESSENTIELLES :
 REMPLISSEZ-LÀ AVEC LE PLUS GRAND SOIN !!!**

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (précisez)	
OU DT Tétracoq					
BCG					

SIL'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION : ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si OUI, joindre une ordonnance récente et les documents correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage marqué au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE.

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

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

ALLERGIES : Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
 Alimentaires OUI NON Autres : _____

Précisions concernant les allergies ci-après...

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (SI AUTOMÉDICATION PAR L'ENFANT, LE SIGNALER)

INDIQUEZ CI-APRÈS **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATE ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

4 – **RECOMMANDATIONS DES PARENTS** : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRES, UN HANDICAP, ETC. PRÉCISEZ...

5 – **LE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

TÉL. (FIXE & PORTABLE) _____ TRAVAIL _____

NOM & TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je, soussigné _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : _____ Signature :