

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR LA SANTE DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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 RECOMMADES	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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant sui-il un **traitement médical** à prendre durant les séjours oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants *(boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée 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 NON ☐ OUI ☐	VARICELLE NON ☐ OUI ☐	ANGINES NON ☐ OUI ☐	RHUMATISMES NON ☐ OUI ☐	SCARLATINE NON ☐ OUI ☐
COQUELUCHE NON ☐ OUI ☐	OTITES NON ☐ OUI ☐	ASTHME NON ☐ OUI ☐	ROUGEOLE NON ☐ OUI ☐	OREILLONS NON ☐ OUI ☐

ALLERGIES : ASTHMES oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ Autres

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures(traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom du responsable légal:

DATE :