

Fiche Sanitaire de Liaison

1- ENFANT

NOM : ----- Prénom : -----

Date de Naissance : ----- Sexe : O Garçon O Fille

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				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 anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

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

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Scarlatine |

Allergies* : Asthme Alimentaires Médicamenteuses 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, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,...

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse

Tél. fixe (et portable) du domicile : du bureau

NOM et Tél. du médecin traitant :

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.

Signature : _____ Date : _____