


**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**
1 - ENFANT

NOM: _____
 PRÉNOM: _____
 Date de Naissance : _____
 Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

Vaccins Obligatoires	oui	non	Dates des Derniers Rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphétérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracop					
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 MÉDICAUX CONCERNANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants.
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	otite <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	rougeole <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oreillons <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES Asthme oui non Médicamenteuses oui non
 Alimentaires 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, hospitalisation, opération, rééducation).
 précisez les dates et les **précautions à prendre**:

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires etc... précisez:

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom: Prénom:
 Adresse (pendant le séjour)

Tél fixe (et port), domicile: Bureau:
 Nom et tél. du médecin 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: