



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM: _____
PRENOM: _____
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)

Table with 5 columns: Vaccins Obligatoires, oui, non, Dates des Derniers Rappels, Vaccins Recommandés, Dates. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, 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?

Table with 5 columns for diseases: Rubéole, Varicelle, Angine, Rhumatisme articulaire aigu, Scarlatine. Each cell contains 'oui' and 'non' checkboxes.

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: