



Fiche Sanitaire de Liaison

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Sexe : Fille Garçon



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles avant et pendant le séjour de votre enfant. Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendu à la fin du séjour.

1-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et aux certificats de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	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 médical de contre-indication. ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

2-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 médicaments correspondants avec leurs emballages d'origine et leurs notices.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<u>ALLERGIES</u>	Asthme OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Alimentaire OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Médicaments OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres :

✓ PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

✓ INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, OPERATIONS) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS A PRENDRE :

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ... Précisez toutes informations utiles :

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

ADRESSE (pendant le séjour) :

Tel : Portable :

Bureau : Email :

Nom et téléphone 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 OBLIGATOIRE :

4-OBSERVATIONS DU DIRECTEUR A L'ATTENTION DE LA FAMILLE :

.....

