



1 – ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2021. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="text"/>	Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
OU DT polio	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
OU Tétracoq	<input type="text"/>	Autres (préciser)	<input type="text"/>

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	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	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
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"/>	

Allergies : ASTHMES oui non ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSE oui non AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents :

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

Baignade : SAIT NAGER

SE DÉBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

Je soussigné(e), 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : téléphone :

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date :

Signature :