

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- Enfant  
 NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 Date de naissance : .....  
 GARÇON  FILLE

Dates et lieu du séjour :

.....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole -Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Du DT Polio				Autres (préciser)	
Du Tétracoq					
B.C.G					
MONOTEST					

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

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Si oui joindre une ordonnance récente

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

RUBEOLE 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 ARTICULAIRE AÏGU 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"/>	

Allergies  Asthme OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

Alimentaires OUI  NON  AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....  
 .....  
 .....

3 -Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....  
 .....

4 - Recommandations utiles des parents

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

Précisez

.....  
 .....

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....PRENOM : .....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR :

.....  
 Tél fixe (et portable), domicile : ..... Bureau : .....

Nom et tél du médecin traitant

(facultatif).....

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.

Date :

Signature :