

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – VOTRE ENFANT

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :

GARCON

FILLE

N° SECURITE SOCIALE :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LA SANTE DE VOTRE ENFANT.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de votre enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres (préciser) :	
OU Tétracoq					
BCG					

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

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

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

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, 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 :
Adresse (pendant le séjour) :

Prénom :

Nom :
Adresse (pendant le séjour) :

Prénom :

.....
.....

Tél. (dans l'ordre à appeler) :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné(e),
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable légal du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

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