

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant; elle évite de vous démunir de son carnet de santé

Nom, Prénom:

Date de naissance:

Garçon Fille

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

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rub. Oreil. Roug.	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT Polio				Autres à préciser	
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.

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	Oui	Non	Angine	Oui	Non
Varicelle	Oui	Non	Otite	Oui	Non
Coqueluche	Oui	Non	Oreillons	Oui	Non
Rougeole	Oui	Non	Rhumatisme articulaires	Oui	Non
Scarlatine	Oui	Non			

Allergies :

o asthme Oui Non

o médicamenteuses Oui Non

o alimentaires Oui Non

o 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) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS:

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

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT:

Nom,Prénom:

Adresse pendant le séjour:

.....

Téléphone fixe, portable, domicile:

.....

Nom et Tél. du médecin traitant:

.....

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 :