

**1/ FICHE SANITAIRE DE LIAISON****Nom :** _____ **Prénom :** _____**Date de naissance :** _____ **Garçon** ☐ **Fille** ☐**Dates et lieu du séjour :** Du 06/02 au 17/02 à Chevières 42140

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES
PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE
SON CARNET DE SANTE.

2/ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfants

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					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : Le vaccin anti-tanique ne présente aucune contre-indication

3/ RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANTL'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : **OUI** ☐ **NON** ☐Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte 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 ?

RUBEOIE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	VARICELLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ANGINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	SCARLATINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
COQUELUCHÉ OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OTITE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	ROUGEOLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OREILLONS OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

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

INDIQUEZ CI-APRES :**Les difficultés de santé** (Maladie, Accident, Crise convulsives, Hospitalisation,
Opération, Rééducation) En précisant les dates et précautions à prendre**4/ RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS**Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des
prothèse dentaires, ect.... Précisez**5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT****Nom & Prénom :****Adresse :**
.....**Téléphone :** - **Mail :**

-

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 chirurgical)
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :**Signature :****A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

Observation :