

**1/ FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Garçon  Fille Dates et lieu du séjour : **Du 19/02 au 01/03 à Chevrières 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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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-titanique ne présente aucune contre-indication

**3/ RENSEIGNEMENT 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 (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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	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 :