

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon

Fille

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE
ENFANT**

1) VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Joindre les photocopies du carnet de santé à cette fiche.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE
CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE
CONTRE-INDICATION

2) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit il **un traitement médical** ? oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages 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 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

ALLERGIES : ASTHME : Oui Non MEDICAMENTEUSES : Oui Non

ALIMENTAIRES : Oui Non

AUTRES : Oui Non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

3) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES,
DES PROTHESES DENTAIRES, ETC..... PRECISEZ

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT : NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST ELLE REGLEE : NON OUI

4) REPONSEABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

Numéros de téléphone :

Mère : Domicile : Portable : Travail :

Père : Domicile : Portable : Travail :

NOM ET TEL DU MEDECIN 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 :