

**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	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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) REponsable 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 :