

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

6. VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphhtérie				B.C.G	
Tétanos				Monotest	
Poliomyélite				Hépatite B	
Ou DT Polio				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
Ou Trétacoq				Coqueluche	
Ou Pentacoq				Autres (préciser).....	

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI TETANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

7. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

7.1 - L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ? 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)

7.2 - L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE	Oui	Non	Oui	Non
Rhumatisme articulaire aigu			Coqueluche	
Scarlatine			Otite	
			Rougeole	
			Oreillons	

7.3 – ALLERGIES

	Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Alimentaire		
Médicamenteuse			Autres.....		

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

.....
.....
.....

7.4 – DIFFICULTES DE SANTE

(Maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....

8. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

Nom : Ville :
Téléphone : Lieu d'hospitalisation :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur les deux pages de 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 :

