

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. Assurez-vous que le nom de l'enfant est bien noté sur le haut des pages

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	

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 difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires

.....

L'enfant mouille-t-il son lit : Oui ☐ Occasionnellement ☐ Non ☐

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée : Oui ☐ Non ☐

3) RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

Adresse du responsable (pendant le séjour)

.....

Numéros de téléphone :

Mère : Portable : Travail : Domicile :

Père : Portable : Travail : Domicile :

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.

Fait à Seichamps le :

Signature :