

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Garçon Fille

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant, **joindre copie de la page vaccination**)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Autres vaccins	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
Ou Pentavac					

3- RENSEIGNEMENTS 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 (boite de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	VARICELLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ANGINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	SCARLATINE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
COQUELUCHE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OTITE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	ROUGEOLE Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	OREILLONS Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

ALLERGIES :

- Asthme : Oui Non

Si oui, l'enfant a-t-il un traitement (ventoline) (fournir ordonnance) ?

Et est-il autonome dans son traitement ? :

- Médicamenteuses : Oui Non si oui lesquelles :

- Alimentaires : Oui Non si oui lesquelles et précisez la conduite à tenir (si automédication le signaler)

- Autres :

Indiquez ci-après les difficultés de santé de votre enfant : maladie, accident, crises convulsives...

Merci d'indiquer les précautions à prendre :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

5- REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (halal, sans porc, végétarien, sans lait ...) :

Merci de préciser

6- RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél : Portable :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse du centre payeur :

Mutuelle complémentaire : Numéro de contrat :

7- AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Tél : Portable :

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 chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :