



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM – Prénom :
 Date de naissance :
 Sexe :

2- VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
DT Polio					
Tétraccoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

- | | | | |
|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> | Varicelle | <input type="checkbox"/> |
| Angine | <input type="checkbox"/> | Rhumanisme Articulaire | <input type="checkbox"/> |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> | Scarlatine | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | Otite | <input type="checkbox"/> |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> | | |

Votre enfant a-t-il une allergie ?

ASTHME MEDICAMENTEUSES

ALIMENTAIRES AUTRES :

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

.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de sante (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre ;

.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Précisez :

5- DIVERS

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

Je soussigné, 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 :