

***** Fiche sanitaire de liaison *****

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.

1 - ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / _____ Age : _____ Poids : _____ kg
 Garçon / Fille (barrez la mention inutile)

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIER	VACCINS RECOMMANDES	DATES
			RAPPELS		
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole	
Poliomyélite				Oreillons	
Ou DT polio				Rougeole	
Ou Tétracoq				Coqueluche	
BCG				Autres	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical 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 pendant le séjour ? Oui / Non

Si oui, lequel ? _____

Joindre **obligatoirement** une ordonnance récente et les médicaments correspondants :
Les boîtes de médicaments devront être dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice.

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

Rubéole : Oui / Non Varicelle : Oui / Non Angine : Oui / Non

Rhumatisme

: Oui / Non Scarlatine : Oui / Non Coqueluche : Oui / Non

Otite : Oui / Non

* Allergies : Asthme : Oui / Non Médicamenteuse : Oui / Non

Alimentaire : Oui / Non Autres : _____

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

INDIQUER CI-APRES : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, 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 ...

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui / non

Si c'est une fille, est-elle réglée ? oui / non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Numéros de téléphone :

Tél domicile : _____ Tél travail : _____

Portable : _____ Portable : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Adresse du centre payeur : _____

Personne à joindre en cas d'urgence :

NOM : _____ PRENOM : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Je soussigné _____ responsable de l'enfant, déclare exact 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