



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ANNÉE 2019

### 1 - ENFANT

NOM : .....	PRÉNOM : .....
DATE DE NAISSANCE : .....	
GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

### 2 - VACCINATIONS

- Merci de nous fournir une copie du carnet de santé
- Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.
- Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication.

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical, nous vous rappelons qu'il convient de joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes médicaments dans leur emballage 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 ?

	oui	non		oui	non
RUBÉOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCARLATINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OREILLONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALLERGIES</b>					
ASTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRES : .....		

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

.....  
.....

#### INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS A PRENDRE** :

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

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC..... PRÉCISEZ.

.....  
.....

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE .....

TEL FIXE DOMICILE : .....

TEL TRAVAIL PÈRE..... TEL PORTABLE MÈRE.....

TEL TRAVAIL MÈRE..... TEL PORTABLE PÈRE.....

ADRESSE MAIL : .....

NOM ET TÈL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

*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 :