

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE 2021

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

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		
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"/>

ALLERGIES

	oui	non
ASTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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 PÈRE.....

TEL TRAVAIL MÈRE.....

TEL PORTABLE MÈRE.....

ADRESSE MAIL :

NOM ET TEL 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 :