

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE 2022

## 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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 MÈRE.....

TEL PORTABLE MÈRE.....

TEL TRAVAIL PÈRE.....

TEL PORTABLE PÈRE.....

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 :