

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 :