



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRENOM: _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE: _____</p> <p>GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2025. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIER\$ RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtherie		Hepatite B	
Tetanos		Rubeole Oreillons Rougeole	
Poliomyelite		Coqueluche	
Ou OT polio		BCG	
Ou Tetracoq		Autres (préciser)	

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** ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de 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 ?**

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui ☉ non ☉	oui ☉ non ☉	oui ☉ non ☉	oui ☉ non ☉	oui ☉ non ☉
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui ☉ non ☉	oui ☉ non ☉	oui ☉ non ☉	oui ☉ non ☉	

Allergies : **ASTHME** oui ☉ non ☉ **AUMENTAIRES** oui ☉ non ☉ **MEDICAMENTEUSES** oui ☉ non ☉

AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de sante** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père: domicile: _____ portable: _____ travail: _____

Je soussigne(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : _____ Tel : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date :

Signature :