



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

DATES ET LIEU D'INSCRIPTION :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS : JOINDRE COPIES DU CARNET DE SANTÉ

VACCINS OBLIGATOIRES	A Faire Quand ?	ETAT (Fait ou à Faire)	FAIT LE : A FAIRE LE :	Commentaire
BCG (Tuberculose)	1 mois			
Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite	11 mois 6 ans 11-13 ans			
Coqueluche	11 mois 6 ans 11-13 ans			
Haemophilus Influenza de type B	11 mois			
Hépatite B	11 mois			
Pneumocoque	11 mois			
Méningocoque C	12 mois			
Rubéole-Oreillons-Rougeole	16-18 mois			
	AUTRES VACCINS	ETAT	FAIT LE : A FAIRE LE :	Commentaire

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE			
OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS					
OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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 À PRENDRE.

Votre enfant a-t-il une notification M.D.P.H. oui non

.....

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 (PENDANT LE SÉJOUR)

.. TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. 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 :