

FICHE SANITAIRE de LIAISON

Etablie suivant la fiche du ministère de la jeunesse et des sports

1- ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance : _____ Sexe : Fille --- Garçon ---

Date et lieu du séjour : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

2- VACCINS

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (à préciser)	
Ou tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE- INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin et rhésus : _____

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 marqués au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE O oui O non	VARICELLE O oui O non	ANGINE O oui O non	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU O oui O non	SCARLATINE O oui O non
COQUELUCHE O oui O non	OTITE O oui O non	ROUGEOLE O oui O non	OREILLONS O oui O non	

ALLERGIES : ASTHME O oui O non MEDICAMENTEUSES : O oui O non

ALIMENTAIRES O oui O non AUTRES _____

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

INDIQUEZ CI APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE

(maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, PROTHESES DENTAIRES... PRECISEZ :

5- RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone (fixe ou portable), domicile : _____

Bureau : _____

Nom et tél . 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 :

Lieu:

Signature des parents pour un mineur ou signature du majeur :