

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1-ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Garçon

Fille

Date et lieu du séjour :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.

## 2.VACCINATION (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON	DATES DES RAPPELS
Diphtérie				Hépatite			
Tétanos				Rubéole*-Oreillon*- Rougeole*			
Poliomyélite* ou DT Polio* ou Tetracoq*				Coqueluche			
BCG				Autres (préciser)			

\*Barrer les mentions inutiles

## 3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement pendant le séjour ? Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

### AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

## ALLERGIES

ASTHME Oui  Non

MEDICAMENTEUSE Oui  Non

ALIMENTAIRE Non  Non

AUTRES .....

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) : .....

## INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

## 4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant le séjour : .....

Tél fixe domicile : ..... Portable : .....

Tél bureau : .....

Nom et tél du médecin traitant (facultatif) : .....

Je soussigné(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.

Date :

Signature :

Partie à remplir par le directeur à l'attention des familles après le séjour.

## OBSERVATION :

.....  
.....  
.....