

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1. ENFANT</b>	
	<b>NOM :</b>	
	<b>Prénom :</b>	
	<b>Date de naissance :</b>	
	Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>
	<b>Poids :</b>	<b>Taille :</b>

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 vous sera rendue à la fin du séjour.

## 2. VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Enfants nés avant le 1er janvier 2018 - Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite

NOM du vaccin : \_\_\_\_\_ Date dernier rappel : \_\_\_\_\_

Enfants nés à partir du 1er janvier 2018 : la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole - Joindre une copie du carnet de vaccinations.

## 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?    oui     non

Si oui, joindre **obligatoirement** une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans les boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant, joindre également la notice. Sans ordonnance, aucun médicament ne sera administré. Il en est de même si automédication pour douleurs récurrentes par exemple.

<b>L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :</b>				
Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angines oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otites oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

<b>L'enfant a-t-il des allergies :</b>			
Asthme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Alimentaires oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autres oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :			
(si automédication, joindre <b>obligatoirement</b> une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans les boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant, joindre également la notice. Sans ordonnance, aucun médicament ne sera administré.)			

Régime alimentaire spécifique : \_\_\_\_\_

**Indiquez ci-après les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.  
Si votre enfant a un PAI avec l'école, joindre une copie.

---

---

---

**4. RECOMMANDATIONS UTILES** concernant lunettes, prothèses dentaires, problèmes d'énurésie, etc.

Précisez : \_\_\_\_\_

---

**5. RESPONSABLE LEGAL**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél père : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Tél mère : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Adresse **pendant le séjour** : \_\_\_\_\_

---

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Adresse du centre payeur : \_\_\_\_\_

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ signature du responsable légal :

**OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :**

---

---