



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1- ENFANT

NOM – Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

### 2- VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillon-Rougeole	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Ou DT Polio					
Ou Tétraccoq					
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

L'enfant suit-il un traitement médical OUI  NON

Si oui Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMAHISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	

ALLERGIES : ASTHME OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON   
MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, REEDUCATION) 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, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC ...  
PRECISEZ :

Mon enfant sait nager

Brevet de natation 25m

### 5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à pendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :