

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....  M  F

## 1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tretacoq					
BCG					

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

## 2 - 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI		NON	
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

**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) :**

.....  
.....

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)**

.....  
.....

## 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

**Je soussigné(e) ..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements indiqués dans ce dossier et autorise le responsable de séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires dans l'intérêt de l'enfant.**

**Date :**

**Signature :**