



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022</h2>	<p>1 - ENFANT NOM : PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR / LES ACTIVITES DE L'ENFANT, ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui		non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
Ou DT polio						Genevac	
Ou Tétracoq						Meningitec	
BCG						Pentavac	
Infanrix						Prevenar	
Engérix						Autres (préciser)	
Priorix							
Revaxis							

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

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour / les activités ? 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*)

Le traitement sera remis à l'équipe d'animateurs au moment du départ
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

 Père / mère / tuteur : TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU/PORTABLE :

Père / mère / tuteur : TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU/PORTABLE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

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

RUBÉOLE OU I NO N	VARICELLE OU I NO N	ANGINE OU I NO N	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OU I NO N	SCARLATINE OU I NO N
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	

OU I		NO N		OU I		NO N		OU I		NO N		OU I		NO N	
---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSE Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES Oui Non

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.

.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

D'ordre médical (port de lunettes, lentilles de contact, prothèse auditives, dentaires, etc...) :

.....

D'ordre général (régime alimentaires spécifique, comportement, etc...) :

.....

6 – DIVERS

Au cas où vous ne seriez vous-même pas joignable pendant la durée des activités / du séjour de votre enfant, pouvez-vous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

.....

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. Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Date :

Signature :