

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT : NOM :PRENOM :
Sexe : M / F Date de naissance :/...../.....

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ET joindre les photocopies des pages correspondantes).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION !

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI ☐ NON ☐
L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil Individualisé) mis en place à l'école ? 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 notice**)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME				SCARLATINE			
Non				Non				Non				Non				Non			
oui				oui				oui				oui				oui			

COQUELUCHE				OTITE				ASTHME				ROUGEOLE				OREILLONS			
Non				Non				Non				Non				Non			
oui				oui				oui				oui				oui			

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

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR
... *Pour toutes allergies, certificat médical obligatoire*
.....
.....
.....
.....

MENUS SPECIFIQUES :

REPAS SANS PORC : OUI ☐ NON ☐ autres ☐ :

INDIQUEZ CI-APRES :Les difficultés de santé:
MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATIONS,
REEDUCATIONS EN PRECISANT **LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE**

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :.....

ADRESSE :

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

Numéro de sécurité sociale	Portable	Domicile	Bureau

Je soussigné, responsable 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 :