

# 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 :**

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME</b>	<b>SCARLATINE</b>
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ASTHME</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

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

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**  
**(si automédication le signaler)**

*Pour toutes allergies, certificat médical obligatoire*

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

**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 :