



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022</h1>	<b>1 - ENFANT</b>	
	NOM : .....	
	PRÉNOM : .....	
	DATE DE NAISSANCE : .....	
GARÇON <input type="checkbox"/>		FILLE <input type="checkbox"/>

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Genevac	
<b>Ou</b> 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OU <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	OU <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	OU <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	OU <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	OU <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS			
OU		NO		OU		NO		OU		NO		OU		NO	
I		N		I		N		I		N		I		N	

**ALLERGIES :**

ASTHME Oui  Non  MEDICAMENTEUSE Oui  Non

AUTRES Oui  Non

ALIMENTAIRES 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 :