



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023</h1>	1 - ENFANT 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	
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

Joindre une photocopie des vaccinations.

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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		VARICELLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		ANGINE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		SCARLATINE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N	
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
COQUELUCHE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		OTITE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		ROUGEOLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		OREILLONS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	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 la/les personne(s) à joindre en cas de problème (nom, 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 :