



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017</h1>	<p>1 - ENFANT NOM : PRÉNOM : 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

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 :