Fiche sanitaire de liaison

Nom et Prénom de l'enfant :…… Date de Naissance ____/____/____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1 – 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

- Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication ou une attestation du médecin
Attention: Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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**)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	**Varicelle**	**Angine**	**Rhumatisme articulaire aigu**	**Scarlatine**
Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐
Coqueluche	**Otite**	**Rougeole**	**Oreillons**	
Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	

Allergies:

Asthme Oui ☐ non ☐ Médicamenteuses Oui ☐ non ☐

Alimentaire Oui ☐ non ☐ Autres_____

Repas avec Porc Oui ☐ non ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) ou recommandations des parents :

_____

_____

_____

_____

3 – Indiquez ci-après :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS A PRENDRE.**

……

……

……

……

……

4 – Recommandations utiles des parents :

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…

PRÉCISEZ.

……

……

……

……

……

5 – Responsable de l'enfant :

NOM…… PRÉNOM……

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)……

……

……

TEL. FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE : …… BUREAU : ……

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)……

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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

……

……

……

OBSERVATIONS

……

……

……