



# Fiche Sanitaire de Liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant ( et nécessaires pour le bon déroulement des stages...).

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

Date de Naissance : .....

## 1/ Vaccinations (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccination de l'enfant )

Vaccinations obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccinations recommandées	Dates
DIPHTERIE					
TETANOS				HEPATITE B	
POLIOMYELITE				R.O.R.( Rubéole/Oreillons/Rougeole )	
ou DT POLIO				Coqueluche	
ou TETRACOQ				Autre ( précisez...)	
B.C.G.					

## 2/ Renseignements médicaux

L'enfant suivra-t-il un **traitement médical** pendant le "séjour" ?:

OUI

NON

Si oui, veuillez nous préciser lequel et nous joindre les médicaments correspondants ( si possible dans leurs emballages d'origine marqués au nom de votre enfant ) : .....

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

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON

L'enfant a-t-il des **allergies** ? :

ALIMENTAIRES....

OUI

NON

MEDICAMENTEUSES...

OUI

NON

ASTHME...

OUI

NON

AUTRES (précisez ).....

Si  OUI veuillez préciser la conduite à tenir (si automédication, le préciser ! ) : .....

## 3/ Recommandations utiles des parents :

( Si l'enfant porte des lentilles, lunettes prothèses auditives, dentaires, etc.... Nous le préciser ! )

### Responsable de l'enfant :

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

N° de téléphone : .....

N° de tél. (trava il) : .....

Portable de Mme : .....

Portable de Mr : .....

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant (ci-dessus ), 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 :**