



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<b>1 - ENFANT</b> NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ FILLE <input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/>	<b>BRANCHE</b>   
--	---	----------------------------

Année 2015/2016

Groupe de \_\_\_\_\_

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITES D'ANNEE ET LORS DES CAMPS. 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> Dt polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

Nom de la **maladie** : .....

**Explications** de la maladie, **symptômes** : .....

Nom des **médicaments** et **posologie** : .....

**Précautions particulières** (garder au froid, à heures fixes...) : .....

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES**

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

**ALLERGIES** : ASTHME  MÉDICAMENTEUSE  ALIMENTAIRES  AUTRES.....

**CAUSES DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 – INFORMATIONS UTILES**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ... PRÉCISEZ.....

.....  
.....

VOTRE ENFANT FAIT IL PARFOIS PIFI AU LIT,.....

VOTRE FILLE EST-ELLE REGLEE.....

AUTRES INFOS NECESSAIRES .....

.....  
.....

**5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU .....

NOM ET TÉL. 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 RESPONSABLE DU SEJOUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

OBSERVATIONS

.....  
.....  
.....  
.....