



1/ FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Garçon Fille

Dates et lieu du séjour : **Du 15/03 au 26/03 à Chevrières 42140**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2/ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfants

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite-B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| OU DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| OU Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : Le vaccin anti-titanique ne présente aucune contre-indication

3/ RENSEIGNEMENT MEDICAUX 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 (boîte 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| RUBEOIE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> | VARICELLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> | ANGINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> | SCARLATINE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> | OTITE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> | ROUGEOLE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> | OREILLONS OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> | |

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crise convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) En précisant les dates et précautions à prendre

4/ RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèse dentaires, ect.... Précisez

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom & Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone : - Mail :

-

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 chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Observation :