

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	Hépatite B		
Tétanos	Rubéole Oreillons Rougeole		
Poliomyélite	Coqueluche		
Ou DT polio	BCG		
Ou Tétracoq	Autres (préciser)		

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

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	Oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE		
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐		

Allergies: ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :

☐ SANS VIANDE

☐ SANS PORC

Indiquez ci-après les difficultés de santé précautions à prendre

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : **SAIT NAGER** ☐ **SE DEBROUILLE** ☐ **NE SAIT PAS NAGER** ☐

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ **PRÉNOM** _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ **portable :** _____ **travail :** _____

Père : domicile : _____ **portable :** _____ **travail :** _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, _____ déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre,
le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues
nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de la structure à faire
sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ **Tél :** _____

Lieu d'hospitalisation _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature: