

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ---- DOCUMENT OBLIGATOIRE

## 1/ ENFANT :

NOM :  
 Prénom :  
 Date de naissance :  
 Sexe :  garçon  fille  
 Groupe sanguin :  
 Nom du médecin traitant :  
 Tel :

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

## 2/ VACCINATION :

Vaccins Obligatoires	oui	non	date des derniers rappels
DT Polio			
BCG			
Vaccins Recommandés			
Rubéole - Oreillons			
Rougeole (ROR)			
Hépatite B			
Autres Vaccins			

**ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**

## 3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	RUBEOLE	OUI	NON	ROUGEOLE	OUI	NON	<i>cocher les cases correspondantes</i>
	VARICELLE	OUI	NON	OREILLONS	OUI	NON	
	ANGINE	OUI	NON	SCARLATINE	OUI	NON	
	COQUELUCHE	OUI	NON	RHUMATISME	OUI	NON	
	OTITE	OUI	NON	ARTICULAIRE			
<b>ALLERGIES</b>	ASTHME	OUI	NON	MEDICAMENTEUSE	OUI	NON	
	ALIMENTAIRES	OUI	NON	Autres :			

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto-médication, le signaler) :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

## 4/ RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE :

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser :

## 5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_  
 Assurance :  extra-scolaire Compagnie : \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Responsabilité civile Compagnie : \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Je soussigné,....., responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche, et, autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_