

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT, ELLE ÉVITE DE SE MUNIR DU CARNET DE SANTÉ

2- VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTÉRIE				Hépatite B	
TÉTANOS				ROR (rubéole-oreillon-rougeole)	
POLIOMYÉLITE				Coqueluche	
Ou DT POLIO				Autres : (à préciser)	
Ou TETRACOQ					
BCG					

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE 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 leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)
AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- ALLERGIE

ASTHME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (Si automédication, le signaler)

- INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE L'ENFANT (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lentilles de contact, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc,... précisez

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom	Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Adresse + CP + Ville	
Profession mère :	Profession Père
N° domicile :	N° domicile :
N° travail :	N° travail :
N° portable :	N° portable :
N° sécu :	Nom et tel du médecin traitant :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'aumônerie à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature