



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022</b>	<b>1 – ENFANT</b> NOM : _____ PRÉNOM: _____ DATE DE NAISSANCE: _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
--	---

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		
<b>Ou</b> DT polio	BCG		
<b>Ou</b> 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 <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE		
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>		

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:**