



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I. **ENFANT** NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SEXE : Garçon  Fille  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 POIDS : \_\_\_\_\_

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.*

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers Rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES

III. **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

**Allergies :** Asthme oui  non  Médicamenteuses oui  non   
 Alimentaires oui  non  Autres.....

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Indiquez ci-après : les difficultés de santé** (maladies, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

IV. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui  Non   
 Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_  
 (N'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.)

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné..... père, mère, responsable légal de l'enfant, autorise M. ou Mme.....munie d'une pièce d'identité, à venir chercher l'enfant au Club des Enfants à ma place en cas d'impossibilité de ma part.

*Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Fait à :

Signature :

Date :