

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- **ENFANT : NOM :** **PRENOM :**
 Date de naissance :/...../.....

2- **VACCINATIONS :**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	dates der derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DTPolio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication
 Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication

3- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :** L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE 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"/>

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, N'oubliez pas de cocher l'autorisation parentale sur le dossier et de joindre l'ordonnance aux médicaments. Aucun traitement médical ne pourra être administré à l'enfant sans ordonnance et sans autorisation écrite.

4- **ALLERGIES :**

L'enfant a-t-il des allergies ? OUI NON

Si oui, lesquelles:

.....

Merci de préciser la conduite à tenir en cas de réaction allergique :

.....

5- **REGIME ALIMENTAIRE :**

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON

Si oui, lequel:

6- **PAI :**

L'enfant a-t-il un PAI? (Merci de fournir une photocopie et les médicaments) OUI NON

Merci de préciser la conduite à tenir pour ce PAI :

.....

7- **AUTORISATION D'INTERVENTION :**

Nom : Prénom :

ADRESSE :

.....

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 mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :