



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A REMPLIR ET NOUS RETOURNER EN MEME TEMPS QUE
LA FICHE DE RENSEIGNEMENT

CETTE FICHE PERMET DE RECCUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR
DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

1. ENFANT.

NOM : _____ PRENOM : _____

GARCON : FILLE : DATE DE NAISSANCE : __/__/__

2. VACCINATIONS. (Remplir à partir du carnet de vaccination de l'enfant et **joindre une copie**
des pages correspondantes du carnet de santé.)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				RUBEOLE, OREILLONS, RONGEOLE	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				AUTRES (à préciser)	
OU TETRACOQ					
B.C.G					

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

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS	ASTHME
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

Allergies :

4. RECOMMANDATIONS DES PARENTS OU TRAITEMENT SUIVIS PAR L'ENFANT.

En cas d'urgence, lieu d'hospitalisation (clinique, hôpital) nom et adresse :

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT.

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TEL FIXE : _____ TEL PORT : _____ TEL BUREAU : _____

N° Sécurité Sociale : _____

NOM et TEL MEDECIN TRAITANT : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de
l'enfant, déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et
exacts. J'autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions
chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature

A _____ le _____