



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"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITES | ROUGEOLE | OREILLONS | ASTHME |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | 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 _____