

fiche sanitaire de liaison



1 - L'enfant

NOM :

PRENOM : NE(E) LE : | | | | | | | | | |

TAILLE :mètre centimètres POIDS : kilos

2 - Ses vaccinations

Référez-vous au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole	
Poliomyélite				Oreillons	
ou DT Polio				Rougeole	
ou Tétracoq				Coqueluche	
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 - Ses antécédents médicaux

Indiquez les maladies qu'a déjà eu l'enfant :

- Rubéole Rhumatisme articulaire aigu Otite
 Varicelle Scarlatine Rougeole
 Angine Coqueluche Oreillons

Indiquez et datez les hospitalisations et/ou opérations subies par votre enfant, ainsi que les difficultés de santé rencontrées précédemment et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

.....

4 - Son état de santé

Indiquez les allergies connues de l'enfant :

- Asthme Alimentaire
 Médicamenteuse Autre (précisez)

En cas d'allergie, précisez sa cause et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre le jour du départ l'ordonnance et les médicaments correspondants, dans leur boîte, au nom de l'enfant.

Recommandations utiles des parents : indiquez ci-après si votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, s'il suit un régime alimentaire particulier (d'ordre médical ou confessionnel), etc.

.....

.....

.....

5 - Le responsable légal de l'enfant

NOM : PRENOM :

ADRESSE (pendant le séjour) :

CODE POSTAL : | | | | | VILLE :

☑ DOMICILE :/...../...../...../..... PORT :/...../...../...../.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

☑ MEDECIN TRAITANT :/...../...../...../.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature :

Date :/...../.....

