



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PR NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU S JOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE S JOUR DE L'ENFANT ;
ELLE VITE DE VOUS D MUNIR DE SON CARNET DE SANT ET VOUS SERA RENDUE LA FIN DU S JOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se r f rer au carnet de sant ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMAND S	DATES
Diph t rie				H patite B	
T tanos				Rub ole-Oreillons-Rougeole	
Poliomy lite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (pr ciser)	
Ou T tracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT M DICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-T TANIQUE NE PR SENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS M DICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement m dical** pendant le s jour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** r cente et les **m dicaments** correspondants (**bo tes de m dicaments dans leur emballage d'origine marqu es au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun m dicament ne pourra tre pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUB OLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIG OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

M DICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PR CISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE TENIR (si autom dication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APR S :

LES **DIFFICULT S DE SANT** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OP RATION, R DUCATION) EN PR CISANT LES DATES ET LES **PR CAUTIONS** **PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTH SES AUDITIVES, DES PROTH SES DENTAIRES, ETC... PR CISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PR NOM

ADRESSE (PENDANT LE S JOUR).....

.....
.....

T L. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET T L. DU M DECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussign ,responsable l gal de l'enfant , d clare exacts les renseignements port s sur cette fiche et autorise le responsable du s jour prendre, le cas ch ant, toutes mesures (traitement m dical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues n cessaires par l' tat de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONN ES DE L'ORGANISATEUR DU S JOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....