

Fiche sanitaire de liaison

Nom :

Prénom :

H F Date de naissance :

Allergies médicamenteuses oui non Allergies autres oui non
 Allergies alimentaires oui non Asthme oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladies, crises convulsives, handicaps, troubles du comportement, suivi psychologique, troubles physiologiques) ou tout autre chose qu'il convient de signaler en précisant les **précautions à prendre** :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel		Vaccins recommandés	Date	
	oui	non		oui	non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (<i>préciser</i>)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

Y-aura-t-il besoin d'un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, venir avec une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées de votre nom*).

Maladies déjà contractées :

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

III - Recommandations utiles :

Préciser en cas de port de lunettes, de lentilles de contact, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc. ?

IV – Pour les mineurs, le responsable légal est :

Nom : Prénom :

Tel portable :

Je soussigné,

majeur ou responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires.

Date et signature :