**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**1 – ENFANT**

NOM :……………………………………………………………………

PRENOM :……………………………………………………………….

DATE DE NAISSANCE :……………………………………………….

Garçon ( ) Fille ( )

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L’ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**2 – VACCINATIONS**

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINSOBLIGATOIRES | OUI | NON | Dates des DerniersRappels | VACCINSRECOMMANDES | DATES |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéoles-oreillons-rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| Ou Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

SI L’ENFANT N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE 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 **(boîte de médicaments dans leur emballage d’origine marquée au nom de l’enfant avec la notice)**

 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

 L’ENFANT A-T-IL DEJA EU DES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole oui ( ) non ( ) Varicelle oui ( ) non ( ) Angine oui ( ) non ( )

Rhumatisme articulaire aigü oui ( ) non ( ) Coqueluche oui ( ) non ( )

Otite oui ( ) non ( ) Rougeole oui ( ) non ( ) Oreillons oui ( ) non ( )

Allergies : asthme oui ( ) non ( ) médicamenteuses oui ( ) non ( )

 Alimentaires oui ( ) non ( ) autres :……………………………………

PRECISER LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation ; en précisant les dates et les précautions à prendre :

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DESPARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc…

Précisez :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5 – RESPONSABLE DE L’ENFANT**

Nom………………………………………….prénom…………………………………………

Adresse (pendant le séjour)………………………………………….........................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tél. Fixe (et portable), domicile…………………………….Bureau…………………………..

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)………………………………………………

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

Date : Signature :