



**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1- ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Groupe :

GARCON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle sera détruite le 30 août 2020.

2 - VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE 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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCALARTINE 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 **MEDICAMENTEUSES** oui non **ALIMENTAIRES** oui non
AUTRES.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquez ci-après :

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

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

Recommandations utiles des parents

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

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

Personnes autorisées à reprendre l'enfant :

-
-
-
-
-

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM

ADRESSE.....
.....
.....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable :travail :

Père : domicile : portable :travail :

Je soussigné,.....r
responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la M.J.C à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Médecin traitant :

Nom : Tél :

Date :

Signature :