

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

DATE ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 (*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.

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)
