

Fiche sanitaire de liaison (fournir copie des vaccins)

1 / Enfant

Nom: Prénom: Garçon Fille

Date de naissance :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la présence de l'enfant dans nos services. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

2 / Vaccination

Fournir à ce document dûment rempli une photocopie des vaccins à jour

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 médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 déjà eu les maladies suivantes

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

Allergies :

Astme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	--

Autres :

Préciser 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.

.....
.....

4 / Recommandations utiles des parents

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

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

5 / Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Tel portable : Tél bureau :

Nom et tél du médecin traitant :

Je soussigné, 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 par l'état de l'enfant.

Date : Signature :