

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / __

Garçon

Fille

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

Afin que votre enfant puisse être inscrit, nous vous prions de bien vouloir nous fournir les copies du carnet de santé ou un certificat médical du médecin traitant attestant que votre enfant est à jour de ses vaccinations, avec son nom clairement visible.

*SI VOUS N'AVEZ PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION*

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical durant la semaine ? oui non

Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

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

Rubéole

Otite

Rhumatisme articulaire aigu

Coqueluche

Angine

Oreillons

Varicelle

Rougeole

Scarlatine

Allergies : Asthme Alimentaire Médicamenteuses Autres

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

P.A.I (PROJET D'ACCEUIL INDIVIDUALISÉ) EN COURS ? oui non (joindre protocole et informations utiles) :

.....
.....

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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

ADRESSE :

.....

Tél FIXE ou PORTABLE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

.....

Je soussigné(e) 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 :