

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui		non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomélie						Coqueluche	
Ou DT polio						Autres (préciser)	
Ou Tétracoq							
BCC							

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 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.

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

RUBÉOLE	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 AIGU	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	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

MÉDICAMENTEUSES

oui non

ALIMENTAIRES

oui non

AUTRES.....

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