

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(A remplir avec le plus grand soin)

Séjour : du/..... au/..... / 20.....

Nom et prénom du participant :

Date de naissance :/...../..... **Sexe** : Masculin Féminin

Vaccinations (à remplir à partir du carnet de santé) :

• **ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITETANIQUE – ANTICOQUELUCHE**
Vaccins pratiqués Dates Dernier rappel
 (DT Polio ; DT coq ; Tétracoq ou prise polio)

-
-
-

• **ANTITUBERCULEUSE (BCG)** Dates :/...../..... Revaccination :/...../.....

• **ANTIVARIOLIQUE** Dates :/...../..... Rappel :/...../.....

• **HEPATITE B** Dates :/...../..... Rappel :/...../.....

• **AUTRES VACCINS** : Dates :/...../..... Rappel :/...../.....
 Dates :/...../..... Rappel :/...../.....

Renseignements médicaux concernant l'enfant

A-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Angines : Oui Non **Otites** : Oui Non **Rhumatismes** : Oui Non

Rubéole : Oui Non **Varicelle** : Oui Non **Scarlatine** : Oui Non

Rougeole : Oui Non **Oreillons** : Oui Non **Coqueluche** : Oui Non

Asthme : Oui Non **Autres** :

Autres difficultés de santé (en précisant les dates) : opération récente, hospitalisation, accident :

.....

Votre enfant a-t-il des allergies ? Médicamenteuses Alimentaires Autres

Préciser la nature de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

Votre enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, lequel :

.....
 Si votre enfant suit un traitement pendant le séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments. Ne placez jamais les médicaments dans la valise.

Recommandations particulières des parents :

.....

Je, soussigné(e), responsable légale de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et n'avoir omis aucune information importante. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à, le Signature :