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-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 :