

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....       Garçon       Fille

**Lieu du séjour :** .....      **Du** ..... / ..... **au** ..... / ..... / .....

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 en fin de séjour.

**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	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication.

**ATTENTION:** Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE ❗**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**ALLERGIES :**

**Alimentaires**     Oui                       Non                      **Médicamenteuses**     Oui                       Non

**Autres**.....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**.....  
.....  
.....

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Votre enfant fait-il pipi au lit ?                                               Oui                                               Non

Votre fille est-elle réglée ?                                               Oui                                               Non

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?                                               Oui                                               Non

Votre enfant a-t-il des difficultés particulières (accident grave, maladie...)  
.....

**Signature du responsable légal**

---

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné Docteur ..... certifie que l'enfant  
..... ne présente aucune contre-indication à la  
pratique des activités sportives proposées dans le séjour auquel il (elle) participera, soit  
.....<sup>(1)</sup>.

Fait à ....., le ...../...../.....

Cachet et signature

<sup>(1)</sup> Indiquer les activités sportives du séjour.