

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT, ELLE ÉVITE DE SE MUNIR DU CARNET DE SANTÉ

2- VACCINATION

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTÉRIE				Hépatite B	
TÉTANOS				ROR (rubéole-oreillon-rougeole)	
POLIOMYÉLITE				Coqueluche	
Ou DT POLIO				Autres : (à préciser)	
Ou TETRACOQ					
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

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 leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

• L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE		SCARLATINE	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								
		COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS	
		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non						

• ALLERGIE

ASTHME	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	AUTRES		

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

• INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE L'ENFANT (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

• Votre enfant porte-il des lentilles de contact, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc,... précisez

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom	Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Adresse + CP + Ville	
Profession mère :	Profession Père
N° domicile :	N° domicile :
N° travail :	N° travail :
N° portable :	N° portable :
N° sécu :	Nom et tel du médecin traitant :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'aumônerie à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature