



NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Garçon Fille

Fiche sanitaire de liaison

ANNEE 2023-2024

VACCINATIONS (merci de joindre les photocopies des vaccinations du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<u>Qu</u> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
<u>Qu</u> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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.

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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

ALLERGIES ASTHME : OUI NON MEDICAMENTEUSES : OUI NON ALIMENTAIRES : OUI NON AUTRES : _____

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI Occasionnellement NON S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Consignes particulières :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc..

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX (A remplir par les parents)

En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour.

Je soussigné _____ exerçant l'autorité parentale,

Adresse : _____

☎ portable _____ ☎ domicile _____ ☎ bureau _____

N° de Sécurité sociale : _ _ _ _ _

, autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur

Nom, Prénom : _____ né le __ / __ / 20 __

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est

NOM, Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone(s) : _____ Ville : _____

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à _____ Le __ / __ / 20 __

Signature :