

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**I. ENFANT** NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 SEXE : GARCON  FILLE   
 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS PRATIQUES	DATES
DIPHTERIE		HEPATITE B	
TETANOS		RUBEOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYELITE		COQUELUCHE	
<b>OU</b> DT POLIO		AUTRES (préciser)	
<b>OU</b> TETRACOQ			
BCG			

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION**

**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 et autorisation écrite du représentant légal.**

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÛS		SCARLATINE	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

COQUELUCHE		OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

Groupe sanguin : ..... Rhésus : .....

**ALLERGIES :**

ASTHME	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
AUTRES.....				

**PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR ( si automédication le signaler)**

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) EN PRECISANT LES DATES et LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....  
.....  
.....

**IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC ... :

.....  
.....  
.....

---

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE (pendant le séjour) :.....  
.....

TELEPHONE FIXE DOMICILE : ..... BUREAU : .....

PORTABLE : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant/du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage, le cas échéant, à signaler par écrit à l'équipe de direction de l'Accueil collectif de mineurs concernée, toute modification devant être apportée à la présente fiche sanitaire de liaison en cours d'année scolaire.

**Signature du ou des responsables légaux :** (précisez père – mère ou tuteur légal)

A ..... le .....