

## 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 AIGÜS			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 DENTAIRE, 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 .....