1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ
.

2 – VACCINATIONS

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant.

3 – 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.

RUBÉOLE OUI ❑ NON ❑	VARICELLE OUI ❑ NON ❑	ANGINE OUI ❑ NON ❑	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ❑ NON ❑	SCARLATINE OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE OUI ❑ NON ❑	OTITE OUI ❑ NON ❑	ROUGEOLE OUI ❑ NON ❑	OREILLONS OUI ❑ NON ❑	

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

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑
MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑

AUTRES ……

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

……
……
……
……
……
……

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

……
……
……
……
……

4 - **RECOMMANDATIONS** UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…PRÉCISEZ

……
……
……
……
……
……

5 -**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM :.....PRÉNOM :.....

ADRESSE :.....

.....

BUREAU père : .....Mère : .....

NOM MÉDECIN TRAITANT : .....

TEL MEDECIN : .....

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

Datez et Signez :

A REMPLIR PAR L'ORGANISATEUR

OBSERVATIONS

……
……
……
……