

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT (uniquement pour A.L.S.H et Sport)

Nom : Date de naissance :
 Prénom : Garçon Fille

1. Vaccinations : (se référer au carnet de santé de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
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.

2. Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement pendant le séjour ? Oui Non (si oui joindre l'ordonnance)
 Dans ce cas, j'autorise le responsable à administrer le traitement ainsi que les médicaments correspondants
 (Médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marqués au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme Articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	

Allergies : Asthme : Oui Non Alimentaires : Oui Non (Si oui, *fournir panier repas* et préciser l'allergie).....

Médicamenteuses : Oui Non (Si oui préciser).....

Autres :.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à 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.....

.....

.....

3. Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

.....

.....

4. Responsable de l'enfant :

Nom.....Prénom.....

Adresse :.....

.....

Tél, fixe (et portable), domicile.....Bureau.....

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.

Date :

Signature :