

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018-2019

PHOTO A
COLLER

(obligatoire)

Nom :

Prénom :

Sexe : F M

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Commune :

I - Vaccinations : (photocopies carnet de santé pages 90 à 94 ou certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Derniers rappels		Vaccins recommandés	Dates	
	oui	non		oui	non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole - Oreillons - Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio			Autres (<i>préciser</i>)		
ou Tétracoq					
B.C.G.					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** au long court ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

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

Allergies : Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non

Asthme oui non
Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (*si automédication le signaler*) :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Numéro en cas d'urgence :

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussigné, 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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*)

Date :

V - Fiche sanitaire mise à jour (*cadre réservé au secrétariat*)

1 ^{er} Trimestre	Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :	Date : Signature :
2 ^{ème} trimestre	Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :	Date : Signature :
3 ^{ème} trimestre	Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :	Date : Signature :