



FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2024-2025

Nom : Date de Naissance :
Prénom : Garçon Fille

Vaccinations : (se référer au carnet de santé de l'enfant) A REMPLIR

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.

Renseignement médicaux concernant l'enfant

Aucun médicament ne pourra être administré par l'équipe d'animation et de direction.

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

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

Allergies

Asthme : **Oui** **Non**

Alimentaires : **Oui** **Non** (Si oui fournir panier repas et préciser).....

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

Autres :.....

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

.....
.....

Difficultés de santé

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

Recommandations utiles des parents

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

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

Responsable de l'enfant

Nom.....Prénom.....

Adresse :.....
.....

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 :