

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Nom et prénom de l'enfant:

Né(e) le _____ Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon Repas spéciaux : _____ Médecin traitant : * Nom: _____ * Ville: _____ * tél: _____/_____/_____/_____/_____/_____	Nom du responsable : _____ Adresse: _____ _____ Téléphone dom : ____/____/____/____/____/_____ Tél bureau : ____/____/____/____/____/_____ Portable : ____/____/____/____/____/_____
---	---

### Vaccinations

- Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination (p90/91, 92/93 et 94/95)
- Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccins, joindre un certificat de non contre-indication

### Renseignements médicaux sur l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical:  oui  non  
 si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cochez les cases correspondantes)

- |                                     |                                     |                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole    | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Angine |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oreillons  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Varicelle  | <input type="checkbox"/> Otite      |                                 |

- L'enfant a-t-il des allergies (cochez les cases correspondantes)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentaire: précisez : _____     |
| <input type="checkbox"/> Médicamenteuse : précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthme                            |

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Recommandations utiles des parents (lunettes, lentilles, appareil dentaire)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à faire pratiquer tous soins ou opérations nécessaires en cas d'urgence.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature