

1-ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATE DE NAISSANCE _____	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	SI P.A.I. Cocher la case <input type="checkbox"/>	SI TITULAIRE AEEH Cocher la case <input type="checkbox"/>
----------------------------	--	--	--

## 2 - VACCINATIONS

- **Merci de nous fournir une copie du carnet de santé** Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication.  
 - Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical, nous vous rappelons qu'il convient de joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

### Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

	oui	non		oui	non
RUBÉOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCARLATINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OREILLONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ALLERGIES

	oui	non		oui	non
ASTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

#### INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DENTAIRES , Etc.. Précisez.

## 5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

Situation de famille : En Couple  Célibataire

### RESPONSABLE 1

NOM : .....

Prénom : .....

\* ADRESSE : .....

\* TEL PORTABLE : .....

\* TEL TRAVAIL : .....

\* Nom EMPLOYEUR : .....

\* Profession : .....

ADRESSE MAIL : .....

### RESPONSABLE 2

NOM : .....

Prénom : .....

\* TEL PORTABLE : .....

\* TEL TRAVAIL : .....

\* Nom EMPLOYEUR : .....

\* Profession : .....

NOM ET TEL 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.

Date : / /

Date : / /

Date : / /

ANNÉE 2024	Signature :
ANNÉE	Signature :
ANNÉE	Signature :