

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT Nom : Prénom :
 Sexe : Garçon Fille Date de Naissance :.../.../..... _ ...

II – VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé)
 ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIOHTERIQUE – ANTTÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

| Précisez s'il s'agit : | Vaccination pratiquée | Date |
|------------------------|-----------------------|------|
| Du DT polio | | |
| Du DT coq | | |
| Du Trétracoq | | |
| D'une prise polio | | |
| RAPPELS | | |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
|------------------------|-------|------------------------|-------|----------------|-------|
| 1° Vaccin | Dates | Vaccin | Dates | Vaccins | Dates |
| REVACCINATION | | 1 ^{er} RAPPEL | | | |
| | | | | | |

Si l'enfant n'est pas vacciné,
 POURQUOI ? :

| | Nature | Date |
|---------------------|--------|------|
| INJECTIONS DE SÉRUM | | |

III – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX N CONCERNANT L'ENFANT

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

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |
| OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ LES AUTRES PROBLEMES DE SANTÉ EN INDIQUANT LES DATES

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations...)

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

IV – RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI - NON SI OUI, LEQUEL :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, ne pas oublier de joindre l'Ordonnance aux médicaments.

N° — **RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT:** (Autorisation d'opérer)

NOM : _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____

N° de Séc Soc : - _____ **Tél :** _____

Je soussigné, (père, mère , tuteur, détenant l'autorité parentale de l'enfant ci-dessus mentionné, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des séjours organisés par « **nom du club** » du **au** à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris sous anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ **Signature :** _____

OBSERVATIONS

| |
|--|
| |
| |
| |