

Fiche sanitaire de liaison

Votre enfant :

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance :	Taille :	Poids :	Pointure :

Sa couverture maladie :

Sécurité sociale CMU MSA Autre prise en charge :

N°:

Ses vaccinations :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date dernier rappel	Autres vaccins	Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Coqueluche			
Poliomyélite				BCG			
				Rubéole Oreillons Rougeole			

Ses antécédents médicaux :

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

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

.....

.....

.....

.....

Son état de santé :

Indiquez les allergies connues de l'enfant :

Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres :

En cas d'allergie, préciser sa cause et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

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

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour : Oui Non

Si oui, joindre le jour du départ l'ordonnance et les médicaments correspondants dans leurs boîtes avec le nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Recommandations utiles des parents (ex : port de lunettes, lentilles, prothèse, régimes alimentaire, etc.) :

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

Responsable légal :

Nom de famille :		Prénom :	
Adresse pendant le séjour :		Code postal :	Ville :
Téléphone portable :	Téléphone fixe :	Téléphone du médecin traitant (conseillé) :	

En tant que responsable légal de l'enfant, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date et signature (Responsable légal) :

