

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance: Sexe : Masculin Féminin

Médecin traitant : n° Téléphone :

1. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				BCG	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
Ou Pentacoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole	Varicelle	Angines	Oreillons	Coqueluche	Otites	Rougeole	Scarlatine
---------	-----------	---------	-----------	------------	--------	----------	------------

ALLERGIES : ASTHME oui non - MEDICAMENTEUSES oui non - ALIMENTAIRES oui non

DEMANDE de P.A.I oui non (préciser la cause de et la conduite à tenir)

.....
.....

REGIME ALIMENTAIRE : Sans Porc Végétarien

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE DE VOTRE ENFANT ET LA CONDUITE A TENIR (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) :

NATURES	DATES

Lors de l'inscription, joindre obligatoirement un certificat médical autorisant la pratique des sports en ALSH (sports de ballon, natation, hockey, vélo, jeux de raquettes, tir à l'arc ...)

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à rembourser s'il y a lieu les frais médicaux occasionnés : oui non

Puyricard le :

Signature des parents :



¹ Cocher vote choix