

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant les séjours de l'enfant. Elle évite de vous démunir du carnet de santé.

CEPENDANT IL NOUS FAUT LES PHOTOCOPIES DE CARNET DE SANTE

*Une fiche par enfant :

Enfant concerné : Nom : _____ Prénom : _____	Date de naissance : -----/-----/----- Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
---	---

*Médecin traitant : Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : -----/-----/-----/-----/-----

***Vaccination** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				BCG			
Ou Tétracoq				ROR			

Joindre obligatoirement un certificat de contre indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

*Renseignements médicaux :

L'enfant suit il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boites d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant est il allergique ?

Allergies : ALIMENTAIRES OUI NON ASTHME : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON Autres animaux, plantes, pollen : OUI NON

En cas d'allergie, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir :

.....
.....

L'enfant présente-t- il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

.....
.....

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaire, etc ... ?

.....
.....

RESPONSABLE LEGAL DE L ENFANT :

Nom : Prénom : Tel :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE :