

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- **ENFANT** : NOM : PRENOM :
Date de naissance :/...../.....

2- **VACCINATIONS** (Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	dates der derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DTPolio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication

3- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT** : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">RUBEOLE</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	RUBEOLE			Non	oui		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">VARICELLE</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	VARICELLE			Non	oui		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">ANGINES</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	ANGINES			Non	oui		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">RHUMATISMES</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	RHUMATISMES			Non	oui		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">SCARLATINE</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	SCARLATINE			Non	oui	
RUBEOLE																																		
Non	oui																																	
VARICELLE																																		
Non	oui																																	
ANGINES																																		
Non	oui																																	
RHUMATISMES																																		
Non	oui																																	
SCARLATINE																																		
Non	oui																																	
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">COQUELUCHE</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	COQUELUCHE			Non	oui		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">OTITES</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	OTITES			Non	oui		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">ASTHME</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	ASTHME			Non	oui		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">ROUGEOLE</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	ROUGEOLE			Non	oui		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="3">OREILLONS</td></tr> <tr><td>Non</td><td>oui</td><td></td></tr> </table>	OREILLONS			Non	oui	
COQUELUCHE																																		
Non	oui																																	
OTITES																																		
Non	oui																																	
ASTHME																																		
Non	oui																																	
ROUGEOLE																																		
Non	oui																																	
OREILLONS																																		
Non	oui																																	

**INDIQUEZ ICI LES PARTICULARITES ALIMENTAIRES OU AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN
PRECISANT LES CONDUITES A TENIR :**
(allergies, asthmes,...) :

-
-
-

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, N'oubliez pas de cocher l'autorisation parentale sur le dossier et de joindre l'ordonnance aux médicaments. Aucun traitement médical ne pourra être administré à l'enfant sans ordonnance et sans autorisation écrite.

4- **RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : Prénom :

ADRESSE :

Je soussigné, responsable 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, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

5- **DROIT A L IMAGE**

Autorise – n'autorise pas (rayez la mention inutile) Léo Lagrange St-Jean-Bonnefonds à prendre des photos et à les diffuser éventuellement sur la presse locale, le bulletin municipal ou certains documents créés par nous-mêmes (affiche, expo..).

Date :

Signature :