

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

DATE DE  
NAISSANCE \_\_\_\_\_ GARÇON  FILLE   
ÉCOLE \_\_\_\_\_

SI P.A.I.  
Cocher la case

SI TITULAIRE AEEH  
Cocher la case

**VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

- Merci de nous fournir une copie du carnet de santé

Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication.

- Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

Si l'enfant suit un traitement médical, nous vous rappelons qu'il convient de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes 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 DÉJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

oui	non	oui	non		
RUBÉOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCARLATINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OREILLONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**ALLERGIES**

oui	non	oui	non
ASTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES : <input type="checkbox"/>
MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR****INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)**

EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE :

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DENTAIRES, Etc.. Précisez.

.....  
.....

**RESPONSABLES DE L'ENFANT****Situation de famille :**En Couple Célibataire **RESPONSABLE 1****RESPONSABLE 2**

**NOM :** .....

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Prénom :** .....

\* **ADRESSE :** .....

\* **TEL PORTABLE :** .....

\* **TEL TRAVAIL :** .....

\* **TEL TRAVAIL :** .....

\* **Nom EMPLOYEUR :** .....

\* **Nom EMPLOYEUR :** .....

\* **Profession :** .....

\* **Profession :** .....

**ADRESSE MAIL :** .....

**NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT :** .....

Je soussigné, ..... 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et avoir pris connaissance du règlement intérieur.

**Date :** / /

<b>ANNÉE</b>	<b>Signature :</b>
<b>ANNÉE</b>	<b>Signature :</b>
<b>ANNÉE</b>	<b>Signature :</b>

**Date :** / /

**Date :** / /