FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT		
NOM :		
DATE DE NAISSANCE	:	
GARCON □	FILLE	

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS	0	N	DATES DES	VACCINS	DATES
OBLIGATOIRES	U	O N	DERNIERS RAPPELS	RECOMMANDES	DAIES
Diphtérie				III D	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				R.O.R.	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
B.C.G.					
D.T.C.P.					
Pentavac				MONOTEST	
Prévenar					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 ?							
RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE			
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON			
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS				
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON				
ALLERGIES ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES OUI non PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)							

INDIQUEZ CI-APRES	: Flot
LES DIFFICUTES DE SA	ANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS,
REEDUCATION) EN PR	ECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.
4 - RECOMMANDATI	ONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T	-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC
PRECISEZ.	
TREGIOLZ.	
5 - RESPONSABLE D	DE L'ENEANT
	PRENOM:
ADRESSE PENDANT	LE SEJOUR:
TEL. FIXE (ET PORTAE	BLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TEL. DU ME	EDECIN TRAITANT(facultatif)
Je soussigné,	responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignem	nents portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traite	ment médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.	
Date :	Signature
	A DEMOLID DAD LE DIDECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
	A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNEES DE LA STRUCTURE
	MAIRIE DE VALLAN
	RUE DE L'ABREUVOIR
	89580 VALLAN
	Tél. : 03.86.41.30.18 Fax : Email : contact@mairie-vallan.com
OBSERVATIONS	

.....