



Fiche Sanitaire de Liaison
Valable du 01/09/2021 au 31/08/2022

Une Fiche par enfant (àagrafer au dossier d'inscription)

Enfant concerné :	Date de naissance :
NOM : _____	__ / __ / ____
Prénom : _____	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

• **COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

Nom du docteur :
 Adresse:
 Commune :
 Téléphone :/...../...../...../.....

• **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

• **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

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 est-il allergique ?

Allergies ALIMENTAIRES	Oui	Non (Si OUI, certificat médical obligatoire)
Allergies MEDICAMENTEUSES	Oui	Non
AUTRES animaux, plantes, pollen	Oui	Non

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

.....

.....

.....

.....

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

Vaccins OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins RECOMMANDES	Date
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

.....

.....

.....

• **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, autres :

.....

.....

.....

Date :

Signature :