

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE SCOLAIRE 2021/2022

### L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Fille  Garçon

### VACCINATIONS

Joindre obligatoirement la photocopie des vaccinations du carnet de santé

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

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

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

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole	Varicelle	Oreillons	Scarlatine	Coqueluche
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine	Otite	Angine	Asthme	Rhumatisme articulaire aigu
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Allergies : médicamenteuses oui  non  alimentaires oui  non   
autres .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :  
.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.  
.....  
.....

### RECOMMANDATIONS UTILES

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

### RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. domicile : ..... travail : ..... portable : .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif): .....

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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : ..... Date : .....