



## FICHE DE LIAISON SANITAIRE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS SUR L'ENFANT UTILES PENDANT SA PRESENCE AU CENTRE.

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

En cas de traitements médicamenteux :

Joindre une **ordonnance**, une autorisation écrite des parents (daté et signé) 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 et autorisation écrite des parents (daté et signé)**

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

### ALLERGIES :

ASTHME      oui  non

MÉDICAMENTEUSES      oui  non

ALIMENTAIRES      oui  non

AUTRES.....

### **PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

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

### **INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

### **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
 PRÉCISEZ

.....  
 .....

*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.*

Date :

Signature :