FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT		1 1 1 1 1 1		1 1 1	1 1 1	1 1	1 1 1	1 1	1 1		1.1	1 1	1.1	ı	1 1 1		1 1	1.1	1 1	1 1
Prénom : LLLL																				
Sexe : □ Fille □ Garço	n	Date de	e naissanc	ce:LLL																
CETTE FICHE PERMET DI ELLE ÉVITE DE VOUS DÉ VACCINATIONS (se r	MUNIR DE S	SON CARNE	T DE SAN	ITÉ ET \	VOUS	SER/	A REN	NDUE	ΕÀΙ	LA F	IN DI	NFAN U SÉJ	IT. IOUI	R.						
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	DES DE	ERNIE	RS RA	APPEI	LS												
Diphtérie																				
Tétanos																				
Poliomyélite																				
Ou DT polio																				
Ou Tétracoq																				
VACCINS RECOMMANDÉS	DATES																			
Hépatite B																				
Rubéole Oreillons Rougeole																				
Coqueluche																				
BCG																				
Autres (préciser)																				
RENSEIGNEMENTS L'ENFANT SUIT-IL UN' Si oui joindre une ordo marquées au nom de l' Aucun médicament ne	TRAITEMEN nnance réce 'enfant avec e pourra être	NT MÉDICAL ente et les m : la notice) e pris sans o	. PENDAN nédicamer	NT LE SI nts corr	ÉJOUI	R?		oui [came	ents d	lans	leu	ır em	balla	ıge (d'orig	gine	
RUBÉOLE		VARICELLE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ							SCARLATINE							
□oui □non		□oui □nor	n		oui [□non	l				ui [o	oui	□nc	on	
COQUELUCHE	E OTITE				OUGE	EOLE			OREILLONS											
□oui □non		□oui □nor	n		oui [□non	ı				ui 🗆	non	1							
ALLERGIES ASTHME Oui AUTRES	non	ALIMEN	NTAIRES	[∃oui	□no	on			MÉI	DICA	MEN	ITEU	ISES	5			oui [Ino	n
PRÉCISEZ LA CAUSE D	DE L'ALLERG	IE ET LA CO	NDUITE /	À TENII	R (si a	utom	édica	ation,	, le s	signa	aler)									
INDIQUEZ CI-APRÈS : les difficultés de santé et les précautions à pro		ccident, cris	es convul	lsives, h	nospit	alisat	ion, c	opéra	ation	n, rée	éduc	ation	ı) en	pré	écisa	nt les	dat	tes		

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etcprécisez.	
L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? □ oui □ non □ occasionnellement	
S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? □ oui □ non	
RESPONSABLE DE L'ENFANT	
Nom: []]	Ш
Prénom :	Ш
Adresse (pendant le séjour) :	
	Ш
	Ш
Numéros de téléphone :	
Mère : domicile : portable : travail : travail :	
Père : domicile : travail : travail :	
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)	
Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseigne- ments portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,toutes mesures (traitement médical, ho pitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.	s-
N° de sécurité sociale :	
Le:/	
Signature du responsable légal	