

Fiche sanitaire de liaison

Prénom:	NOM :							
Date de naissance :	Prénom :							
Numéro de sécurité sociale de l'enfant : En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra être accueilli durant les activités - VACCINATIONS (Merci de joindre les photocopies du carnet de vaccinations) - VACCINS ONI DATES DES DERNIERS RAPPELS AUTRES VACCINS DIPINÉRIE B. - POLICIA DIPINÉRIE DE PROBÉDIE-OFIEIIONS-ROUGEOIE POLICIA DATES DIPINÉRIE B. - POLICIA DE PROBÉDIE-OFIEIIONS-ROUGEOIE POLICIA DATES (Préciser) - DU TÉTACOQ BCC POLICIA DATE L'ENFANT - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traîtement médical pendant le séjour ? oui 0 non 0 Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballa d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). - Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (y compris le paracétamol) L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE - OUI B NON B OU								
En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra être accueilli durant les activités - VACCINATIONS (Merci de joindre les photocopies du carnet de vaccinations) - VACCINS OUI								
- VACCINATIONS (Merci de joindre les photocopies du carnet de vaccinations) - VACCINS	Numéro de sécu	rité soc	iale de	e l'enfant : _				
VACCINS OBLIGATOIRES Oui non DATES DES DERNIERS RAPPELS Diphtèrie Tétanos Poliomyélite Ou D'I polio Ou Tétracoq Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui 0 non 0 Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur embalia d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (y compris le paracétamol) L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE OUI 0 NON 0	En l'absen	ce de d	ce do	cument, vo	otre enfant ne p	ourr	a être accueilli duran	nt les activités
OBLIGATOIRES OUI NON DATES DES DERNIERS RAPPELS AUTRES VACCINS DATES DISTRICTOR AUTRES VACCINS DATES DISTRICTOR AUTRES VACCINS DATES DISTRICTOR AUTRES VACCINS DATES DES DERNIERS RAPPELS AUTRES VACCINS DATES DES DERNIERS RAPPELS AUTRES VACCINS DATES DE STATE AUTRES DATES	- VACCINATIONS	Merci de	joindre	les photocop	oies du carnet de va	ccinati	ons)	
Diphtérie Hépatite B Rubécole-Oreillons-Rougeole Poliomyélite Coqueluche Cou DT polio Autres (préciser) Ou DT polio Autres (préciser) Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : Le VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION. - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui θ non θ Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballa d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (y compris le paracétamol) L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE OUI ® NON® COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS OUI ® NON® OUI ®		oui	non	DATES DE	S DERNIERS RAPE	PELS	AUTRES VACCINS	DATES
Poliomyélite Ou DT polio Ou Tétracoq Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION. - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui θ non θ Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballa d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (y compris le paracétamol) L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE OUI ® NON ® COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS OUI ® NON ® ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES.							Hépatite B	
Ou DT polio Ou Tétracoq Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION. - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui θ non θ Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballa d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (y compris le paracétamol) L'ENFANT Α-Τ-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE OUI B NON B OUI B NON								ole
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION. - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui θ non θ Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballa d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (y compris le paracétamol) L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE OUI ® NON ® COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS OUI ® NON ® OUI ® NON ® OUI ® NON ® OUI ® NON ® ALLERGIES: ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES						_		
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION. - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ουί θ non θ Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballa d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (y compris le paracétamol) L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE OUI θ NON θ COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS OUI θ NON θ OUI θ NON θ OUI θ NON θ OUI θ NON θ ALLERGIES: ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES								\downarrow
ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION. — RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui θ non θ Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballa d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance (y compris le paracétamol) L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE OUI ® NON ® COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS OUI ® NON ® OUI ® NON ® OUI ® NON ® OUI ® NON ® ALLERGIES: ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES	Ou Tellacoq	1					ВСС	
RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU 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 AUTRES.	L'enfant suit-il un traitem Si oui joindre une ord d'origine marquées au	ent méd onnance nom de l	ical per récen	ndant le séjou te et les mé avec la noti	ur ? oui θ non θ edicaments corresp ce).	oondar	-	nts dans leur emballage
RUBEOLE VARICELLE ANGINE ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE OUI			L'E	NFANT A-T-I	L DEJA EU LES MA	LADIE	S SUIVANTES ?	
COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS OUL NON DOULD NON DO	RUBEOLE	VARICELLE		ANGINE			SCARLATINE	
OUI NON DOULD NO	OUI I NON I	С	UI 🛮	NON []	OUI II NON II		OUI II NON II	OUI II NON II
ALLERGIES: ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES	COQUELUCHE	OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS		
ALIMENTAIRES oui non AUTRES	OUI I NON I	С	OUI 🛭	NON 🛚	OUI II NON II		OUI II NON II	
DDECISEZ LA CALISE DE L'ALL EDGIE ET LA CONDLIITE A TENID			RES					
FILLOIDE LA CAUGE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR	PRECISEZ LA CAUSE I	E L'ALL	ERGIE	ET LA CON	DUITE A TENIR			

INDIQUEZ CI-APRES :						
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDEN PRÉCAUTIONS À PRENDRE .			RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES			
L'enfant mouille-t-il son lit ?	θ OUI	θ Occasionnellement	θ ΝΟΝ			
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	θ OUI	θ ΝΟΝ				
Consignes particulières						
L'enfant fait-il la sieste l'après-midi?	θ OUI θ Occas	ionnellement θ NON				
Recommandation des	parents					
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des Précisez.						
A remplir par les parents. En l'absence de Je soussigné(e)			accueilli sur le séjour.			
(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)						
Adresse						
Code postal Ville		Pays	Tél. portable			
N° de Sécurité Sociale		Tél. domicile	Tél. bureau			
Déclare exacts les renseignements por chirurgicaux qui pourraient être néce générale et les conséquences pouvant affection grave, après consultation d'ur	essaires en cas en être liées ains n praticien, au mi	d'accident, intervention chiru si que les transfusions sanguir neur	rgicale urgente y compris anesthésie nes, maladie contagieuse ou toute autre			
	Prénom					
Né(e) le		Sexe				
En mon absence, la personne à préven	ir en cas d'urgend	ce est :				
NOM	•					
Adresse						
Code postal Ville						
Médecin traitant						
Nom :	<u> </u>	Tél :				
Je m'engage à rembourser l'intégralité	des frais médicau	ux et pharmaceutiques débour	sés éventuellement pour mon compte.			
Je certifie exacts et sincères les rensei			·			
Fait à le		Signature (obligatoire, préc	édée de la mention "lu et approuvé")			