

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p><b>1 - ENFANT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRENOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARCON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATES ET LIEU DU SEJOUR : .....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		R.O.R.	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
D.T.C.P.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pentavac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		MONOTEST	
Prévenar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?    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 A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b>	<b>SCARLATINE</b>
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"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
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**    ASTHME    oui     non   
                   ALIMENTAIRES    oui     non

MEDICAMENTEUSES    oui     non   
 AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
 PRECISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .....

.....  
 .....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN 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.

Date :

Signature

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
 COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

AFR DOUVAIN  
 CHEMIN DU MAISSE  
 74140 DOUVAIN

Tél. : 04.50.94.17.03 Fax : 04.50.94.17.03 Email : afr.douvaine@wanadoo.fr

**OBSERVATIONS**

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