

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2018/2019

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES.

I. ENFANT NOM : PRENOM :

SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : __/__/__

II. VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant et joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES														
Du DT polio	__/__/__														
Du DT coq	__/__/__														
Du Tétracoq	__/__/__														
D'une prise polio	RAPPELS	__/__/__														
	__/__/__														
	__/__/__														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">ANTITUBERCULEUSE (BCG)</th> <th style="width: 25%;">ANTIVARIOLIQUE</th> <th style="width: 50%;">AUTRES VACCINS</th> </tr> <tr> <th>DATES</th> <th>DATES</th> <th>VACCINS DATES</th> </tr> <tr> <td>1^{er} VACCIN</td> <td>____/____/____</td> <td>VACCIN</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>REVACCINATION</td> <td>____/____/____</td> <td>1^{er} RAPPEL</td> <td>____/____/____</td> </tr> </table>			ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	DATES	DATES	VACCINS DATES	1 ^{er} VACCIN	____/____/____	VACCIN	____/____/____	REVACCINATION	____/____/____	1 ^{er} RAPPEL	____/____/____
ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS														
DATES	DATES	VACCINS DATES														
1 ^{er} VACCIN	____/____/____	VACCIN	____/____/____													
REVACCINATION	____/____/____	1 ^{er} RAPPEL	____/____/____													

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
<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"/> oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
<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"/> oui

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

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

.....

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /
 / /
 / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS (lunettes, appareil dentaire...):

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT SUIV UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

.....

Tél. domicile : travail :

portable :

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

.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :