

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- **ENFANT** : NOM : PRENOM :
 Date de naissance :/...../.....

2- **VACCINATIONS** (Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	dates der derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DTPolio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

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

3- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT** : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">RUBEOLE</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	RUBEOLE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">VARICELLE</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	VARICELLE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">ANGINES</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	ANGINES	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">RHUMATISMES</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	RHUMATISMES	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">SCARLATINE</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	SCARLATINE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
RUBEOLE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
VARICELLE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
ANGINES														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
RHUMATISMES														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
SCARLATINE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">COQUELUCHE</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	COQUELUCHE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">OTITES</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	OTITES	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">ASTHME</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	ASTHME	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">ROUGEOLE</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	ROUGEOLE	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">OREILLONS</td></tr> <tr><td>Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	OREILLONS	Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
OTITES														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
ASTHME														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
ROUGEOLE														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														
OREILLONS														
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>														

**INDIQUEZ ICI LES PARTICULARITES ALIMENTAIRES OU AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN
 PRECISANT LES CONDUITES A TENIR :**
 (allergies, asthmes,...) :

-
-
-

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, N'oubliez pas de cocher l'autorisation parentale sur le dossier et de joindre l'ordonnance aux médicaments. Aucun traitement médical ne pourra être administré à l'enfant sans ordonnance et sans autorisation écrite.

4- **RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : Prénom :

ADRESSE :

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, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

5- **DROIT A L IMAGE**

Autorise – n'autorise pas (rayez la mention inutile) Léo Lagrange St-Jean-Bonnefonds à prendre des photos et à les diffuser éventuellement sur la presse locale, le bulletin municipal ou certains documents créés par nous-mêmes (affiche, expo..).

Date :

Signature :