



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ;
Elle évite de vous démunir du carnet de vaccination de votre enfant, et reste valable pour tous les centres de l'année scolaire en cours.

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

☐ FILLE ☐ GARÇON

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DISPHTÉRIE				HÉPATHITE B	
TÉTANOS				RUBÉOLE - OREILLONS - ROUGEILE	
POLIOMYÉLITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				AUTRES (PRÉCISER)	
OU TÉRACOQ					
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?

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?

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 déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE	COQUELUCHE
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

ALLERGIES :

ASTHME

☐ oui

☐ non

ALIMENTAIRES

☐ oui

☐ non

MÉDICAMENTEUSE

☐ oui

☐ non

AUTRES : ☐ oui ☐ non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)



Association
Culturelle de
Rencontres
& d'Animations
Créatives

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2/2

NOM DE L'ENFANT :

PRÉNOM :

INDIQUEZ CL-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... Précisez.

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

.....

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE : TÉL. BUREAU:

EMAIL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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, interventio, chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature(s) :

OBSERVATIONS :