



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018 à remplir obligatoirement

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Taille : Pointure :

Poids :
Ces informations sont indispensables pour équiper votre enfant selon l'activité choisie.

Couverture sociale de l'enfant : copie des attestations à joindre obligatoirement

CMU Sécurité Sociale MSA Autre prise en charge :

N° :

Vaccinations :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, atteste que celui-ci est à jour de ses vaccinations. **Joindre obligatoirement les copies des vaccinations (carnet de santé).**

Date : / / 2018

Signature :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de non contre-indication

Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour : oui non Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Varicelle | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Angine | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Scarlatine | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Orite | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Rougeole | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | Oreillon | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Rhumatisme articulaire aigu | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> | | | |

L'enfant a-t-il déjà eu des problèmes d'allergie ?

| | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| Allergie : Asthme | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Alimentaire | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |
| Médicamenteuse | non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> |

Préciser d'éventuelles sources d'allergie et la conduite à tenir :
.....
.....
.....

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

Les recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc., précisez :
.....
.....
.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à faire prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : / / 2018

Signature :

