



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
OU tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant son séjour à La Ruche ? 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> - Non <input type="checkbox"/>	

Observations particulières :

(contre-indications alimentaires, maladies chroniques, crises convulsives, opérations, allergies : précisez la nature et la conduite à tenir ou les précautions à prendre)

Recommandations utiles des parents :

(votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez)

Responsable de l'enfant :

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ tel : _____

Date :

Signature :