



cerfa

N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

### 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

***Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.***

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq		Autres (préciser)	

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

**Attention :** le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>				

**Allergies :** **ASTHME** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non     **MEDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** .....

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

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**                       **SANS PORC**

**Indiquez ci-après :**

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

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents :**

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

---

---

---

**BAIGNADE :** SAIT NAGER                       SE DEBROUILLE                       NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**Date :**

**Signature :**

Afin de respecter les exigences de RGPD, vos coordonnées personnelles ne seront utilisées par nos soins que dans le cadre strict de cette inscription.