# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**L'ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocople

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| **Ou** DT polio | | | | 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

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE<br>OUI ☐ NON ☐ | VARICELLE<br>OUI ☐ NON ☐ | ANGINE<br>OUI ☐ NON ☐ | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ<br>OUI ☐ NON ☐ | SCARLATINE<br>OUI ☐ NON ☐ |
| COQUELUCHE<br>OUI ☐ NON ☐ | OTITE<br>OUI ☐ NON ☐ | ROUGEOLE<br>OUI ☐ NON ☐ | OREILLONS<br>OUI ☐ NON ☐ | |

**ALLERGIES :** ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES .....