

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Garçon  Fille

### VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE OU CERTIFICATS DE VACCINATIONS DE L'ENFANT)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	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 obligatoire 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 le séjour ?  oui  non

**Si oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîte 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE 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"/>	RHUMATISMES 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"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MEDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :**

---

---

---

**INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :**

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

---

---

---

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS** (LENTILLES, PROTHESES AUDITIVES, PROTHESES DENTAIRES...)

---

---

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

---

**COORDONNEES DU PEDIATRE**

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE TRAITEMENT**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Père, Mère, Tuteur de l'enfant \_\_\_\_\_

*Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, par la présente, le Directeur du Centre à prendre, en cas d'accident de mon enfant toutes les mesures indispensables, tant médicales que chirurgicales, et à le/la faire hospitaliser s'il y a lieu.*

Fait à Strasbourg, le

Signature du Père

Signature de la Mère