

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT Nom : Prénom :
 Sexe : Garçon Fille Date de Naissance :.../.../..... _ ...

II – VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé)
 ANTIPOLIOMYÉLITIQUE – ANTIDIOHTERIQUE – ANTTÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	Vaccination pratiquée	Date
Du DT polio		
Du DT coq		
Du Trétracoq		
D'une prise polio		
RAPPELS		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1° Vaccin	Dates	Vaccin	Dates	Vaccins	Dates
REVACCINATION		1° RAPPEL			

Si l'enfant n'est pas vacciné,
 POURQUOI ? :

	Nature	Date
INJECTIONS DE SÉRUM		

III – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX N CONCERNANT L'ENFANT

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"/>	ANGINES 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"/>
OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ LES AUTRES PROBLEMES DE SANTÉ EN INDIQUANT LES DATES

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations...)

IV – RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI - NON SI OUI, LEQUEL :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, ne pas oublier de joindre l'Ordonnance aux médicaments.

N° — **RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT:** (Autorisation d'opérer)

NOM : _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____

N° de Séc Soc : - _____ **Tél :** _____

Je soussigné, (père, mère , tuteur, détenant l'autorité parentale de l'enfant ci-dessus mentionné, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des séjours organisés par le **CAF du Bessillon du 15 Septembre 2024 au 30 septembre 2025** à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris sous anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ **Signature :** _____

OBSERVATIONS
