**\***

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE****DE LIAISON** | **ENFANT** **NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **PRENOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **DATE DE NAISSANCE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **GARCON □ FILLE □ POIDS : \_\_\_\_** **RESPONSABLE LEGAL :** **NOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **PRENOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

 **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé de l’enfant ou aux certificats de vaccinations)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES  DERNIERS RAPPELS  | VACCINS RECOMMANDES  | DATES  |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B  |  |
| Tétanos |  |  |  |  Rougeole-RubéoleOreillons  |  |
| Polio |  |  |  |  Coqueluche  |  |
|  |  |  |  |  Autres (préciser)  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**SI L’ENFANT N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES** JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

**\* RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

- **ALLERGIE**  ASTHME oui □ non □ MEDICAMENTEUSES oui □ non □

 ALIMENTAIRES oui □ non □ AUTRES ………………………………….

PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS D’URGENCE (joindre si prise de médicaments la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis) ……………………………………………………………………………………………………………………... ………………………………………………………………………………………………………………………

- **DIFFICULTES DE SANTE – PRECAUTIONS A PRENDRE** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**- NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT L’ENFANT** …………………………………………………………………………………………………………..

Je soussigné …………………………………………………………responsable légal de l’enfant………………………..

 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de l’enfant. (En particulier pour les enfants de 0 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38,5 ° à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids).

Date : Signature :