

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

**ENFANT**

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

**VACCINATIONS**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Polio				Coqueluche	
Ou DT polio				Hémophilus influenzae	
Ou Tétracoq				Autres (à préciser)	
BCG					

Joindre **obligatoirement** la copie du carnet de vaccination **ou** les pages du carnet de santé relatives aux vaccinations **ou** une attestation du médecin en cas de contre-indications aux vaccinations.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	HEPATITE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

L'enfant souffre-t-il des maladies suivantes :

ASTHME	EPILEPSIE	RHUMATISMES
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

L'enfant suit-il un traitement médical au moment du séjour ? OUI  NON   
Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

L'enfant a-t-il des réactions d'allergie ou d'intolérance :

- ✓ A certains médicaments ? Lesquels : .....
- ✓ A certains aliments ? Lesquels : .....
- Conduite à tenir : .....

L'enfant souffre-t-il d'allergies respiratoires ?

- Lesquelles : .....
  - Conduite à tenir : .....
- Autres renseignements :**
- Pour les filles : est-elle réglée ? OUI  NON  L'enfant fait-il pipi au lit ? OUI  NON
- L'enfant a-t-il effectué un voyage à l'étranger au cours des trois derniers mois ? si oui lequel : .....
- L'enfant a-t-il des poux actuellement (si oui, joindre le traitement) ? OUI  NON

Indiquez ci-après les éventuelles difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE (pendant le séjour) : .....

Tél. fixe (et portable) : ..... bureau : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Si vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle, joindre impérativement la photocopie de l'attestation en cours de validité.

- Je soussigné, ..... père, mère, tuteur(1), responsable légal de l'enfant ..... autorise Mr ou Mme ..... Enseignant de la classe de ..... à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin
  - ✓ je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération éventuelle
  - ✓ j'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de la classe de découvertes ou du voyage scolaire.
- DATE ..... SIGNATURE (Lu et Approuvé) .....

(1) rayer les mentions inutiles

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

SEJOUR EN CLASSE DE DECOUVERTES : .....

Maladies ou accidents au cours du séjour : .....

Soins donnés durant le séjour : .....

Nombre de jours d'infirmerie ou d'hôpital : .....

Observations éventuelles du médecin, du directeur ou de l'assistante sanitaire : .....

DATE ..... SIGNATURE DE L'ENSEIGNANT .....