

# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche est obligatoire, elle permet de recueillir des informations utiles pour la connaissance de votre enfant

Nom : .....

Prénom : .....

**Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccinations obligatoires & recommandés	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie/Tétanos/Polio				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Hépatite B				Coqueluche	
BCG				Test tuberculiques	
Autres (préciser)				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

**Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les activités ?          oui           non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec notice dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Angine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigü	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

## Allergies :

Asthme           Médicamenteuses   
 Alimentaires           Autres \_\_\_\_\_

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, à signaler)**

---

---

---

**Indiquez les 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 ou dentaires, etc.... précisez :

---

---

---

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésies, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Gières, le  
Signature obligatoire