



COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES
DE LA VALLÉE
DE MUNSTER

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 2019

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

1 – ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON/FILLE :

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	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 obligatoires, joindre un Certificat Médical de contre-indication.
ATTENTION : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 (**boîtes 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
Oui									
Non									

ALLERGIES : ASTHME **oui** **non** MÉDICAMENTEUSES **oui** **non**

ALIMENTAIRES **oui** **non** AUTRES.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crises convulsives, Hospitalisation, Opération, Rééducation) en précisant **les dates et les précautions à prendre.**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE (pendant le séjour).....

.....
.....

TÉL. DOMICILE :PORTABLE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :