

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
**Code de l'Action Sociale et des Familles**

<p align="center">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</p> <p align="center">Année : <b>2019/2020</b></p>	<p><b>1 – ENFANT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRENOM : .....</p>
	<p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>Garçon <input type="checkbox"/>                      Fille <input type="checkbox"/></p>
	<p>Etablissement scolaire : .....</p>
	<p>Classe : .....</p>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE, ELLE EST CONSERVEE DANS LE DOSSIER D'INSCRIPTION DE L'ENFANT.

**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 RECOMMANDES	DATES
Infanrix Hexa				Hépatite B - Engérix	
Infanrix Quinta Pentacoq/Pentavac				Rubéole-Oreillons-Rougeole Priorix	
Infanrix Tetra Ou Tetravac				Coqueluche	
Ou DT polio				Prevenar	
Revaxis				Meningite	
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Si l'inscription à un camp, dates et lieux du Séjour : .....

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

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

ALLERGIES :    ASTHME                      OUI     NON                       MEDICAMENTEUSE    OUI     NON   
                         ALIMENTAIRES    OUI     NON                       AUTRE                      OUI     NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

**TOURNEZ S.V.P**

