



# Fiche Sanitaire de Liaison

À remplir avec soin. Cette fiche est très importante pour la santé et la sécurité de votre enfant.

## I ENFANT

Nom : ..... Prénom .....

Sexe :  Garçon  Fille Date de naissance / /

## II VACCINATIONS :

Antipoliomyélitique - Antidiptérique - Antitétanique - Anticoquelucheuse

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT Polio		/ /
Du DT Coq		/ /
Du Tétracoq		/ /
D'une prise polio		/ /
RAPPELS		/ /

Si l'enfant n'est pas vacciné,

Pourquoi ? .....

## III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	R O R		AUTRES VACCINS		
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1ER VACCIN		VACCIN			
REVACCINATION		RAPPEL			

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, **allergies**, opérations, rééducations)


Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?  non  oui

Si oui, lequel ? .....

*Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.*

#### IV. RECOMMANDATION DES PARENTS:

.....  
.....

Actuellement, l'enfant suit-il un régime alimentaire?  non  oui

Si oui, lequel ? .....

#### V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné(e) M. ou Mme.....

Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date .....

Signature :

#### OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR :

Par le médecin (*qui indiquera son nom, adresse et numéro de téléphone*)

Par le responsable du séjour (*qui indiquera son nom et son adresse*)

.....  
.....

#### VI. CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) Docteur en Médecine, certifie avoir examiné le (la) jeune .....

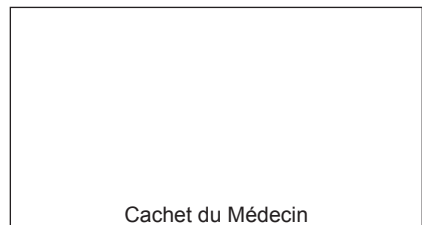
et n'avoir constaté aucun signe contre-indiquant la pratique des activités et notamment :

Natation - Canoë - Voile - équitation - Spéléo - Montagne - Escalade - Raft - Ski - Randonnée.

Il (elle) ne présente aucun signe de maladie contagieuse et est apte au séjour de vacances collectives.

Fait à ..... Le .....

Signature :



Cachet du Médecin