

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT	L'accueil
NOM : _____	Camp d'ados des Foyers Ruraux du Sud Saulnois
PRÉNOM : _____	
DATE DE NAISSANCE : _____	
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	<u>Lieu du séjour</u>
Nom et téléphone du médecin traitant :	Blanche-Eglise et/ou Chambrey

1 - VACCINATIONS *(joindre une copie du carnet de santé ou un certificat médical de vaccination).*

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite Ou DT polio Ou Tétracoq				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

L'enfant est-il autorisé à fumer : **OUI** **NON**

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs ? 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

INDIQUEZ CI-APRES LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

.....

.....

