FICHE SANITAIRE DE LIAISON	**ENFANT** NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARCON ☐ FILLE ☐ POIDS : _____ **RESPONSABLE LEGAL** NOM : _____ PRENOM : _____

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT POLIO			
VACCINS RECOMMANDES	**OUI**	**NON**	**DATES**
Hépatite B			
Rougeole-Rubéole-Oreillons			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- **ALLERGIES** : ASTHME Oui ☐ Non ☐ MEDICAMENTEUSE Oui ☐ Non ☐

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐ AUTRES _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE (joindre si prise de médicaments la prescription médicale avec les médicaments nécessaires fournis)

_____

_____

- **DIFFICULTES DE SANTE - PRECAUTIONS A PRENDRE**

_____

_____

- **NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT**

_____

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 rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (En particulier pour les enfants de 0 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38,5° à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids).

Date : Signature :