



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations qui pourraient être utiles pendant l'activité, elle évite de vous démunir du carnet de santé mais pensez à joindre à ce document les copies des vaccinations.

1 - Participant-e

NOM : Prénom :

Date de naissance :

2 - Vaccinations (voir carnet de santé ou certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole, oreillons, rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. Attention, il n'y a aucune contre-indication pour le vaccin antitétanique.

3 - Renseignements médicaux concernant le-la participant-e

Le-la participant-e suit-il-elle un **traitement médical** particulier pendant le séjour ?

Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice -> Boîtes marquées au nom de la personne).

Groupe sanguin : A B AB O

et facteur rhésus : Rh + Rh -

Poids : Taille :

Le-la participant-e a-t-il-elle déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :

Préciser s'il y aurait d'autres remarques utiles (port de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, régime alimentaire particulier, etc...)

5 - Personne à contacter en cas d'urgence

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. 1 : Tél. 2 :

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

Je soussigné-e, responsable légal-e, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du-de la participant-e. Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Signature :

Date :

