



MAIRIE DE TRÈVES
450 route des deux vallées
69 420 TRÈVES
☎ : 04-72-24-91-12

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fille :

Garçon :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT.

Pourriez vous joindre la photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant

2. VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

Attention: le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

ALLERGIES : ASTHMES OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t'il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, Etc...Précisez.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT (préciser) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :.....PRENOM.....

ADRESSE (pendant le séjour).....

.....
.....
.....

TEL FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE :.....

BUREAU :.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif).....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :