

# fiche sanitaire de liaison

WAKANQA

## 1 - L'enfant

NOM : .....

PRENOM : ..... NE(E) LE : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TAILLE : .....mètre ..... centimètres POIDS : ..... kilos

## 2 - Ses vaccinations

Référez-vous au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole	
Poliomyélite				Oreillons	
ou DT Polio				Rougeole	
ou Tétracoq				Coqueluche	
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 3 - Ses antécédents médicaux

Indiquez les maladies qu'a déjà eu l'enfant :

- Rubéole       Rhumatisme articulaire aigu     Otite  
 Varicelle       Scarlatine       Rougeole  
 Angine       Coqueluche       Oreillons

Indiquez et datez les hospitalisations et/ou opérations subies par votre enfant, ainsi que les difficultés de santé rencontrées précédemment et les précautions à prendre.

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

## 4 - Son état de santé

Indiquez les allergies connues de l'enfant :

- Asthme       Alimentaire  
 Médicamenteuse       Autre (précisez) .....

En cas d'allergie, précisez sa cause et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

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

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre le jour du départ l'ordonnance et les médicaments correspondants, dans leur boîte, au nom de l'enfant.

Recommandations utiles des parents : indiquez ci-après si votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, s'il suit un régime alimentaire particulier (d'ordre médical ou confessionnel), etc.

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

## 5 - Le responsable légal de l'enfant

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE (pendant le séjour) : .....

CODE POSTAL : 

--	--	--	--	--	--	--	--

 VILLE : .....

☉ DOMICILE : ...../...../...../...../..... PORT : ...../...../...../...../.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

☉ MEDECIN TRAITANT : ...../...../...../...../.....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, 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 de santé de l'enfant.

Signature :

Date : ...../...../.....

