



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**I - ENFANT** Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : Garçon  Fille  Date de Naissance : .../.../....

**II - VACCINATIONS** (remplir à partir du carnet de santé)  
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	Vaccination pratiquée		Date
Du DT polio			
Du DT coq			
Du Trévacq			
D'une prise polio			
<b>RAPPELS</b>			

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS		
1 <sup>er</sup> Vaccin	Dates	Vaccin	Dates	Vaccins	Dates
REVACCINATION		1 <sup>er</sup> RAPPEL			

Si l'enfant n'est pas vacciné,  
POURQUOI ? :

	Nature	Date
INJECTIONS DE SÉRUM		

**III - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX N CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINES</b>	<b>RHUMATISMES</b>	<b>SCARLATINE</b>
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
<b>OREILLONS</b>	<b>OTITES</b>	<b>ASTHME</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>COQUELUCHE</b>
NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUER LES AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ EN INDIQUANT LES DATES

(Mafélie, asthme, crises convulsives, otites, hospitalisations, opérations, infections...)


**IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? OUI  - NON  SI OUI, LEQUEL :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, ne pas oublier de joindre l'ordonnance aux médicaments.

N° - RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT: (Autorisation d'opérer)

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° de Séc Soc : ..... Tél : .....

Je soussigné, (père, mère, tuteur, ..... détenant l'autorité parentale de l'enfant ci-dessus mentionné, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des séjours organisés par le CAF Toulon du ..... au ..... à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris sous anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature : .....

**OBSERVATIONS**
