

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON AEP du Grésivaudan

## Fiche sanitaire à nous retourner obligatoirement avant le début du Week End

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

### I - ENFANT

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

SEXE : GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II - VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES des Derniers Rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres	
Ou Tétracoq					
BCG					

### III - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (Rayer la mention inutile)

<i>RUBEOLE</i>	<i>VARICELLE</i>	<i>ANGINES</i>	<i>RHUMATISMES</i>	<i>SCARLATINE</i>
<i>Oui - Non</i>	<i>Oui - Non</i>	<i>Oui - Non</i>	<i>Oui - Non</i>	<i>Oui - Non</i>
<i>COQUELUCHE</i>	<i>OTITES</i>	<i>ASTHME</i>	<i>ROUGEOLE</i>	<i>OREILLONS</i>
<i>Oui - Non</i>	<i>Oui - Non</i>	<i>Oui - Non</i>	<i>Oui - Non</i>	<i>Oui - Non</i>

ALLERGIES:.....  
.....

### IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS OU TRAITEMENTS SUIVIS PAR L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical joindre obligatoirement une ordonnance récente.

.....  
.....

**Médecin traitant de l'enfant : Nom et Tél.**.....

### V - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom .....Prénom.....

Adresse .....

N° tél (domicile) : ..... (bureau ou portable) :.....

N°SS (dont dépend l'enfant) :.....

Je soussigné,..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A..... le .....Signature