



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche destinée au Responsable de l'Aumônerie résume les renseignements concernant la santé de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**1. ENFANT :** NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE : M / F

Date de naissance : ...../...../.....

Numéro de sécurité sociale

Nom de l'assuré

--	--

**2. VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

DESRIPTIF	NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie+Tétanos+Coqueluche+Polio	<input type="checkbox"/> Infanrix <input type="checkbox"/> Boostrix <input type="checkbox"/> Repevax <input type="checkbox"/> Tetravax	
Ou Diphtérie+Tétanos+Polio	<input type="checkbox"/> DT Polio <input type="checkbox"/> Revaxis	
Ou Tétanos seul	<input type="checkbox"/> Tetavax	
Ou Polio seul	<input type="checkbox"/> Imovax polio	
Tuberculose	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Monovax	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Engérix <input type="checkbox"/> Genhevax <input type="checkbox"/> HBVax .....	
Rougeole-oreillons-rubéole	<input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Priorix	

Vaccins obligatoires : diphtérie, tétanos, polio. Si l'enfant n'est pas vacciné, merci de préciser pourquoi :

.....

**3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT SA SANTE :**

**Problèmes de santé passés** (*Maladie, accidents, hospitalisations, opérations .....*) :

Descriptif	Dates

**Problèmes de santé actuels :**

Doit-il suivre un traitement et lequel ?

A-t-il des allergies et à quoi ?

**4. RECOMMANDATIONS DIVERSES :** (Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc...)

**5. RESPONSABLES DE L'ENFANT :**

Nom et prénom	Adresse	Téléphone 1	Téléphone 2

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

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

Signature(s) :

**6- AUTRES RECOMMANDATIONS EN VUE DU CAMP DU**

**AU**

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

Signature(s) :

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

Signature(s) :

**Observations à l'intention des responsables de l'enfant :**

Le médecin :

(En cas de maladie ou d'accident, merci au médecin qui a examiné l'enfant de préciser ici ses conclusions ainsi que ses coordonnées)