



Fiche sanitaire de liaison

Nom Prénom
 Date et lieu de naissance.....

Vaccination (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination)

Vaccins obligatoires:	OUI	NON	Dates des derniers rappels:	Vaccins recommandés:	Date:
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R-O-R	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				COVID-19	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					
COVID-19					

Renseignements médicaux

Suivez-vous un traitement médical durant le séjour ? OUI NON

Si oui, lequel ?

.....

Régime alimentaire particulier ?

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes ?

Maladies:	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine		
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

Allergies

Asthme : OUI NON

Alimentaire: OUI NON

Médicamenteuse: OUI NON

Autres:

Précisez la cause de l'allergie: (si automédication, le signaler)

.....

.....

.....

.....

Indiquez vos difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

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

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) due à mon état de santé.

Personne à prévenir en cas de problèmes

Nom Prénom

Lien avec la personne

Adresse

Téléphone

Nom du médecin traitant:

Téléphone:

À le

Signature :