



Fiche sanitaire de liaison

Nom Prénom

Date et lieu de naissance

Vaccination

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

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

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 :