

# F2 - FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Pélé à VTT - camp d'été itinérant  
du 08 au 15 juillet 2022 - (08)*

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ;  
elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

## 1 - ENFANT

Prénom : ..... NOM : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Garçon :  Filles :   
N° de sécurité sociale : .....

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé / aux certificats de vaccinations de l'enfant et **EN JOINDRE LES COPIES**)

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE DU<br>DERINER RAPPEL | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie             |     |     |                           | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                           | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                           | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                           | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                           |                            |       |
| BCG                  |     |     |                           |                            |       |

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication  
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication*

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant prend-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|     | RUBÉOLE                  | VARICELLE                | COQUELUCHE               | ANGINE                   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE<br>AIGÛ | OREILLONS                | OTITE                    | ROUGEOLE                 | SCARLATINE               |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Oui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ALLERGIES :

Asthme : oui  non  / Médicamenteuses : oui  non  / Alimentaires : oui  non

Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

