



# Club Nature Dossier sanitaire de liaison

### III – RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### IV – RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphones : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphones : \_\_\_\_\_

Nom et tel du médecin traitant (*facultatif*) : \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature(s) (*précédée de la mention « lu et approuvé »*) :

*Ce dossier permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Il évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendu, sur demande,  
au terme de l'accueil.*

#### ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

fille

garçon

#### Téléphone(s) personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

1 - M., Mm : ..... : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 - M., Mm : ..... : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **I - VACCINATIONS :**

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date
Diptérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			
BCG			

Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Hépatite B			
Rubéole			
Coqueluche			
Autres (préciser)			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## **II - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :**

### **L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?**

oui     non

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

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.



### **L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**

Merci d'inscrire « oui » ou « non » dans le tableau

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite
Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu		Rougeole		

### **L'enfant a-t-il des allergies ?**

- médicamenteuses :  oui  non

- asthme :  oui  non

- alimentaires :  oui  non

- autres :  oui  non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

---



---



---



---

### **L'enfant a-t-il des difficultés de santé ?**

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

---



---



---



---