

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	<p style="text-align: center;">1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRENOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARCON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
-------------------------------	--

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**2 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétra coq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-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.

<b>RUBEOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME Oui     Non       MEDICAMENTEUSES Oui  Non

ALIMENTAIRES Oui     Non       AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :** \_\_\_\_\_

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

**4 – RECOMMANDATIONS UTILES DESPARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC ..... PRECISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?    OUI     OCCASIONNELLEMENT     NON   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ?    OUI     NON

**5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_      PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : Domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : Domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ NOM ET TEL. DU

MEDECIN TRAITANT (facultatif) : \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_      Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
 COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS