

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
Code de l'Action Sociale et des Familles

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<p><u>-ENFANT</u></p> <p>NOM : .....</p> <p>PRENOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARCON <input type="checkbox"/>      FILLE <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------	--

**DATES ET LIEU DU SEJOUR :**

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.

**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				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

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

**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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b>	<b>SCARLATINE</b>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTTIE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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<sup>o</sup> EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE(pendant le séjour).....

.....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE.....

BUREAU.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

.....

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

DATE :

SIGNATURE

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

**OBSERVATIONS**

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION<sup>o</sup> EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE(pendant le séjour).....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE.....

BUREAU.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

Je Soussigné..... responsable légale 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

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....

**OBSERVATIONS**

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

