



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

1. ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Garçon Fille

RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
 Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

SCARLATINE COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE
 Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

OREILLONS
 Oui Non

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)**

DATE ET LIEU DU SEJOUR :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui		non		DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Hépatite B	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Rubéole-Oreillons Rougeole	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Coqueluche	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Autres (préciser)	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

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.

INDIQUEZ CI-APRES :

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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 Non
S'IL SAGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? Oui Non

5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SEJOUR :

NOM : PRENOM :

Adresse (pendant le séjour) :

Tel fixe (et portable), Domicile : Bureau :

N° SECURITE SOCIALE :

Nom et Tel du médecin traitant (facultatif) :

L'enfant bénéficie-t-il : de la CMU
 d'une prise en charge S.S à 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge S.S)

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) 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**