



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

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 ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                           | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                           | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomélie           |     |     |                           | Coqueluche                 |       |
| Ou DT Polio          |     |     |                           | Autres (préciser)          |       |
| Ou Tétracoc          |     |     |                           |                            |       |
| BCC                  |     |     |                           |                            |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION, ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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

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

|             |                                                           |           |                                                           |             |                                                           |                             |                                                           |            |                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------|
| RUBÉOLE     | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | VARICELLE | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ANGINE      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | SCARLATINE | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| COQUELUCHE  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OTITE     | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ROUGEOLE    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OREILLONS                   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |            |                                                           |
| ALLERGIES : |                                                           | ASTHME    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | MÉDICAMENTS | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | AUTRES                      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |            |                                                           |

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

DATE : \_\_\_\_\_

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

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).  
L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%  
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) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_

BUREAU : \_\_\_\_\_

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PARCOURSANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.