MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles
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.

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-	
Poliomyelite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 ☐oui ☐non	VARICELLE ☐oui ☐non	ANGINE ☐oui ☐non	SCARLATINE ☐oui ☐non
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ☐oui ☐non	COQUELUCHE ☐oui ☐non	OTITE ☐oui ☐non	ROUGEOLE ☐oui ☐non
OREILLONS ☐oui ☐non			

ALLERGIES: ASTHME ☐oui ☐non
MÉDICAMENTEUSES ☐oui ☐non
ALIMENTAIRES ☐oui ☐non
AUTRES : .....

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

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

INDIQUEZ CI-APRÈS : 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 PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

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

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

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE (pendant le séjour) :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....BUREAU :.....

N° SÉCURITÉ SOCIALE :.....

NOM ET TÉL. 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 SS).

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 À L'ATTENTION DES FAMILLES

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