

OBSERVATIONS PARTICULIERES :



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



N° 10009*02

| | |
|---------------------------------------|--|
| FICHE SANITAIRE DE LIAISON | 1 - ENFANT |
| | NOM : _____ |
| | PRÉNOM : _____ |
| | DATE DE NAISSANCE : _____ |
| | GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | 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 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 AIGÛ <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 oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

● Groupe sanguin :

● Numéro de Sécurité Sociale du représentant légal :

| | |
|---|--|
| 1 | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| 2 | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
|---|--|

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 DES PARENTS

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



5) RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) _____

TEL. FIXE ET/OU PORTABLE _____

BUREAU _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(FACTULTATIF) _____

Je soussigné(e) _____ 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 (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 _____
