



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 – Nom de l'enfant
Prénom
Date de naissance
Garçon Fille

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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 lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc.

Précisez :

L'enfant suit-il un traitement médical 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 suit-il un régime alimentaire : oui non

Lequel ? sans porc sans viande autres, préciser.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse

Tél. domicile (fixe ou portable) Bureau

Nom et tél. du médecin traitant

N° sécurité sociale : Centre payeur :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs et/ou du séjour à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date.....

Signature

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

Lieu du séjour :

Arrivée le :

Départ le :

Cachet de l'organisme

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

Par le médecin (nom, adresse et n° de téléphone)

Par le responsable du séjour (nom et adresse)

Observations :