



**MINISTÈRE 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       Femme

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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 :

.....  
.....