NON

OUI

NON

NON

NON

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

N° 10008\*02

Code de l’Action Sociale et des Familles

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN P^RÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

*cerfa*

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**DATES ET LIEU DE SÉJOUR :**

# - ENFANT

## NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : GARÇON ❑ FILLE ❑

1. **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1. **- 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 |  |
| 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

# - 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

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 ❑ |

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

# 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) :

LIEU D’HOSPITALISATION (si besoin) :

RUBÉOLE

OUI

NON

COQUELUCHE

VARICELLE

OUI

NON

OTITE

ANGINE

OUI

NON

ROUGEOLE

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

OUI

NON

OREILLONS

SCARLATINE

OUI

NON

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.

OUI

### ALLERGIES :

OUI

ASTHME

oui ❑

non ❑

OUI

MÉDICAMENTEUSES

oui ❑ non ❑

DATE :

Signature :

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES