



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON** 1- Enfant : Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Date naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Garçon  Fille

**DATES ET LIEU DU SEJOUR :**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démonir 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	O U I	N O N	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres	
Ou Tétracoq					
BCG					

**3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBEOLE <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 AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUE LUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGE OLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**ALLERGIES :**

ASTHME OUI  NON  ALIMENTAIRES OUI  NON   
 MEDICAMENTEUSES OUI  NON  AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

**LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **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.

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

**5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....Prénom.....

ADRESSE (pendant le séjour).....

.....

.....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

BUREAU : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : .....

(facultatif)

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 (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 :**

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