



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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	☐	☐		BCG	
Ou Tétracoq	☐	☐		Autres (préciser)	

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES :

ASTHME oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES (animaux, plantes, pollen...) _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS ET LA CONDUITE À TENIR (SI MÉDICAMENTS, JOINDRE L'ORDONNANCE)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et précautions à prendre.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésies nocturnes, etc.

En ayant le maximum d'informations sur votre enfant, nous pouvons permettre que son accueil se fasse dans les meilleures conditions. Si certaines informations ne nous sont pas communiquées et mènent à des situations de mise en danger de votre enfant ou du groupe, nous ne pouvons pas garantir le fait qu'il/elle reste sur le séjour.

5 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE N°1 : NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (Pendant le séjour): _____

TELEPHONE

Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

EMAIL (merci d'écrire en majuscule) : _____

RESPONSABLE N°2 : NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (Pendant le séjour) : _____

TELEPHONE

Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

EMAIL (merci d'écrire en majuscule) : _____

PERSONNE A CONTACTER (si les responsables légaux se trouve injoignable) :

NOM : _____ PRENOM : _____

TELEPHONE

Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

N° DE SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) _____ (OBLIGATOIRE)

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

***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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.***

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR L'ASSISTANT SANITAIRE A L'ATTENTION DES FAMILLES
