

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT (Ecrire en majuscules)

NOM PRÉNOM

Date de naissance Garçon Fille

Code et titre du séjour

Dates Organisateur



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 sera détruite à la fin du séjour.

VACCINATION

(Compléter le tableau ou joindre la copie du carnet de santé ou les certificats de vaccination signés)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
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.

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 Oui Non Varicelle Oui Non Angine Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu .. Oui Non Scarlatine Oui Non Coqueluche Oui Non

Otite Oui Non Rougeole Oui Non Oreillons Oui Non

ALLERGIES :

Asthme Oui Non Médicamenteuses .. Oui Non Alimentaires Oui Non

Autre

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

RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ? Précisez :

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM **PRÉNOM**

Adresse (pendant le séjour)

Tél. fixe (et portable) Domicile Bureau

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

PENDANT LE SEJOUR SI DIFFERENTE DU RESPONSABLE LEGAL(OBLIGATOIRE)

NOM **PRÉNOM**

Lien avec l'enfant

Tél. fixe Portable

Mail

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, autorise mon enfant à partir au séjour et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.



Date

Signature

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

Observations