



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code De l'action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 - ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE POIDS : _____ TAILLE : _____

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

ELLE EST VALABLE JUSQU'AU 30 AOÛT 2011, sauf indications complémentaires venant de la personne responsable.

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 | oui | non | Dates des derniers rappels |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Diphtérie Poliomyélite Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | BCG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Hépatites B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | ASTHME |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

Votre Enfant est-il allergique? Oui Non

Allergie Alimentaire ? Oui Non

Allergie Médicamenteuse? Oui Non

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

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre Fille est-elle réglée ? Oui Non Votre Enfant est-il énurétique ? Oui Non

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

.....

.....

.....

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non Remarque éventuelle :

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités auxquelles il participe :

Oui Non Remarque éventuelle :

J'autorise mon enfant à rentrer avec M. ou Mme :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour et à être transporté dans les véhicules ou les différents moyens de transport utilisés.

Date :

Signature