

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Garçon Fille

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.**

### 2- VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS<br>OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DES<br>DERNIERS RAPPELS | VACCINS<br>RECOMMANDÉS      | DATES |
|-------------------------|-----|-----|------------------------------|-----------------------------|-------|
| Diphtérie               |     |     |                              | Hépatite B                  |       |
| Tétanos                 |     |     |                              | Rubéole Oreillons Rougeoles |       |
| Poliomyélite            |     |     |                              | Coqueluche                  |       |
| Ou DT polio             |     |     |                              | D                           |       |
| OuTétracoq              |     |     |                              | Autres (précisez)           |       |

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION**

### 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 (**boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée 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<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | ANGINES<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | RHUMATISMES<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | OTITES<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>    | ASTHME<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>  | ROUGEOLE<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>    | OREILLONS<br>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>  |

**Allergies :** ASTHMES OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐  
ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐ Autres \_\_\_\_\_

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à TENIR (si automédication le signaler)**

---



---



---

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **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 la période du séjour) : \_\_\_\_\_

N°téléphone \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable 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.

A : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

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

---



---



---



---

**OBSERVATIONS :**


---



---



---



---