MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHESANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DU SÉJOUR:

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.

1. –**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES DERNIERSRAPPELS** | **VACCINSRECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DTpolio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

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

# –RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNAN TL'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'ENFANTA-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBÉOLEOUI NON | VARICELLEOUI NON | ANGINEOUI NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜOUI NON | SCARLATINEOUI NON |
| COQUELUCHEOUI NON | OTITEOUI NON | ROUGEOLEOUI NON | OREILLONSOUI NON |  |

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  nonALIMENTAIRES oui  non  AUTRES...................................................

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

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

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

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

# INDIQUEZCI-APRÈS:

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

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

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

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

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

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

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

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

# –RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

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

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

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

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

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

# -RESPONSABLEDEL'ENFANT

NOM........................................................................................................... PRÉNOM..............................................................

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)................................................................................................................................................

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

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

TÉL.FIXE(ETPORTABLE), 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.*

Date: Signature:

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

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

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

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

# OBSERVATIONS

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

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

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

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

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

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