

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008\*02

|  |  |
| --- | --- |
| **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.

1. - **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

# - 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

oui

non

oui

non

oui

non

oui

non

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui |  |  | non |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui |  |  | non |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui |  |  | non |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| oui |  |  | non |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **RUBÉOLE** |  |  |  | **VARICELLE** |  |  |  | **ANGINE** |  |  |  | **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ** |  |  | **SCARLATINE** |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | oui |  |  | non |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **COQUELUCHE** |  |  |  | **OTITE** |  |  |  | **ROUGEOLE** |  |  |  | **OREILLONS** |  |  |  |  |  |

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non 

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES

**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 À PRENDRE**.)

# - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L’ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OUI

OCCASIONNELLEMENT

S’IL S’AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

# - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : Père : domicile :

portable : portable :

travail : travail :

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 LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

### OBSERVATIONS