

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FICHE SANITAIRE **DE LIAISON**

1 - ENFANT
NOM :
Prénom :
Date de naissance :
GARÇON 🔲 FILLE 🛄

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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.

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	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos			Photocopies du carnet de vaccinations		
Poliomyélite			*		
Ou DT polio			OBLIGATOIRES		
Ou Tétracoq			selon l'article 49 de la loi n° 2017-1836 du 30/12/2017		
BCG					

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	deja eu les maladi	es suivantes ?			
RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE		
OUI	OUI NON	OUI	OUI NON	OUI NON		
COQUELUCHE NON NON	OTITE NON	ROUGEOLE NON NON	OREILLONS OUI NON			
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)						
PRÉCISEZ LA CAUSE I	DE L'ALLERGIE ET LA (CONDUITE A TENIR (s	i automédication le sig	naler)		

INDIQUEZ CI-	
	s de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, en précisant les dates et les précautions à prendre .
KEED C C, MICH ()	ENTINE CIONANTE EN ELS PRESTOTISTA MENDRE.
•••••	
•••••	
•••••	
•••••	
4 DECOMM	ANDATIONS UTILES DES PARENTS
	PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC
PRÉCISEZ.	PORTE-1-IL DES LENTILLES, DES LONETTES, DES PROTIESES AUDITIVES, DES PROTIESES DENTAIRES, ETC
•••••	
•••••	
•••••	
5 - RESPONSA	ABLE DE L'ENFANT
	PRÉNOM
	ANT LE SÉJOUR)
	ANT LE SEJOON,
TÉL. FIXE (ET PO	RTABLE), DOMICILE : BUREAU :
nom et tél. Du	J MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)
Je soussigné,	responsable légal de l'enfant , déclare
	eignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
	(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
	A REMI LIK TAK LE DIKECTEOR A L'ATTENTION DES TAMILLES
	COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
OBSERVATION	NS
	Populint of 64 66 3000
	operator the state of the state