



ENFANT

NOM \_\_\_\_\_  
PRÉNOM \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATE ET LIEU DE 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. Elle devra être accompagnée de la copie du carnet de vaccination de l'enfant et de la copie de l'attestation de sécurité sociale sur laquelle l'enfant figure.

## VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et en joindre une copie

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				BCG	
Poliomyélite				Rubéole Oreillons Rougeole	
ou DTP				Coqueluche	
ou Tétracoq				Autres	

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 médicale 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	Rhumatismes	Scarlatine
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non

Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
<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



## RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

TEL DOMICILE \_\_\_\_\_ PORTABLE \_\_\_\_\_

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (NOM ET TEL) \_\_\_\_\_

*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 médicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

DATE

SIGNATURE

ASTHME  oui  non si oui :  allergique  à l'effort

**ALLERGIES**

ALIMENTAIRES  non  oui MÉDICAMENTEUSES  non  oui

AUTRES  non  oui

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

En cas d'allergie alimentaire, joindre impérativement le PAI de votre enfant

---

---

---

**INDIQUEZ ICI LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ**

(maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

---

---

---

---

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**Cette rubrique est importante pour nous qui ne connaissons pas votre enfant et ses habitudes.**

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? Mange-t-il du porc ? Porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il peur du noir ? est-il somnambule ? Mouille-t-il son lit ? etc...

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DU SÉJOUR**

---

---

---

