

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Ministère de la Jeunesse et des Sports

Fiche sanitaire de liaison



N° 10008*02

ENFANT : NOM : PRÉNOM :

SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE :

Séjour du au

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Adresse pendant le séjour :

Tel. domicile Tel. durant le séjour

Nom du médecin traitant Tel.

No de sécurité sociale CPAM

(joindre la photocopie de la Carte vitale)

Allergies : ASTHME 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-APRES LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS À PRENDRE :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... Précisez

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles

VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS recommandés	Dates des derniers rappels
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
RUBÉOLE			RHUMATISMES			OTITES		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINES			COQUELUCHE			OREILLONS		

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? Oui Non

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature (obligatoire) :

Observations du directeur du centre :