

# Fiche sanitaire de liaison

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : \_\_\_\_\_

EN L'ABSENCE DE CE DOCUMENT VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI  
DURANT LES ACTIVITES

– **VACCINATIONS** (Merci de joindre les photocopies du carnet de vaccinations)

| <del>VACCINS OBLIGATOIRES</del> | <del>oui</del> | <del>non</del> | <del>DATES DES DERNIERS RAPPELS</del> | <del>AUTRES VACCINS</del>             | <del>DATES</del> |
|---------------------------------|----------------|----------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| <del>Diphtérie</del>            | <del></del>    | <del></del>    | <del></del>                           | <del>Hépatite B</del>                 | <del></del>      |
| <del>Tétanos</del>              | <del></del>    | <del></del>    | <del></del>                           | <del>Rubéole-Oreillons-Rougeole</del> | <del></del>      |
| <del>Poliomyélite</del>         | <del></del>    | <del></del>    | <del></del>                           | <del>Coqueluche</del>                 | <del></del>      |
| <del>Ou DT polio</del>          | <del></del>    | <del></del>    | <del></del>                           | <del>Autres (préciser)</del>          | <del></del>      |
| <del>Ou Tétracoq</del>          | <del></del>    | <del></del>    | <del></del>                           | <del>BCG</del>                        | <del></del>      |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

– **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (y compris le paracétamol)

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| RUBEOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGU                            | SCARLATINE  |
| 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 <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| 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"/> |   |

**ALLERGIES :** ASTHME                      oui    non  
ALIMENTAIRES                      oui    non

MEDICAMENTEUSES                      oui    non  
AUTRES.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

L'enfant mouille-t-il son lit ?                     OUI                     Occasionnellement                     NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?                     OUI                     NON

Consignes particulières \_\_\_\_\_

**Recommandation des parents**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
PRECISEZ.

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

**Autorisation de soins médicaux**

A remplir par les parents. En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_

**Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur, à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur**

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

**En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :**

NOM \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_

**Médecin traitant**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.**

**Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature** (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")