MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

4 – FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – Enfant
NOM : .....
PRÉNOM : .....
DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____
GARCON ❑ FILLE ❑
POIDS DE L'ENFANT : ____ KG

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 A 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				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES,
JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTATNIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 ?

RUBÉOLE	OUI ❑	NON ❑	OTITE	OUI ❑	NON ❑
COQUELUCHE	OUI ❑	NON ❑	ANGINE	OUI ❑	NON ❑
VARICELLE	OUI ❑	NON ❑	ROUGEOLE	OUI ❑	NON ❑
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI ❑	NON ❑	OREILLONS	OUI ❑	NON ❑
			SCARLATINE	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)
.....
.....
.....
.....

J'autorise la directrice à donner du paracétamol à mon enfant en cas de besoin.
OUI ❑ NON ❑

INDIQUEZ CI-APRES :
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les **précautions à prendre**.
.....
.....
.....
.....

4 – Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...?
.....
.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....
adresse : .....
Ville : ..... Code Postal : ☐☐☐☐☐
n° tél (fixe et portable) : _____ travail : _____

NOM et TÉL médecin traitant (facultatif) : .....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ___ / ___ / _____ Signature :