MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa
Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM :_____
DATE DE NAISSANCE :_____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1 - 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-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** actuellement ? 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 MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

INTOLERANCES ALIMENTAIRES : oui ☐ non ☐ Lesquelles : _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Votre enfant fait-il l'objet D'UN PROTOCOLE d'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) concerne les enfants atteints de troubles de la santé ? ❒ OUI ❒NON

_____

_____

Votre enfant fait-il l'objet D'UN PROTOCOLE d'ACCUEIL ALIMENTAIRE concerne les enfants avec une allergie à un aliment ? ❒ OUI ❒NON

_____

_____

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.)

_____

_____

_____

_____

3 – **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES à renseigner obligatoirement**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

- DES LUNETTES ? ❒ OUI ❒NON (Prévoir un étui à son nom)
- DES PROTHÈSES AUDITIVES ? ❒ OUI ❒NON (Prévoir un étui à son nom)
- DES PROTHÈSES DENTAIRES ? ❒ OUI ❒NON (Prévoir un étui à son nom)
- DES DIABOLOS ? ❒ OUI ❒NON

AUTRES INFORMATIONS :

_____

4 – **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

_____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

COMMUNE du MEDECIN TRAITANT_____

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 chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Organisme : _____ Adresse : _____

Date : Signature :