

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

**1- ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON      FILLE

DATE ET LIEU DU SEJOUR : \_\_\_\_\_

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE  
 EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**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 RECOMMANDES	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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

**3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant sui-il un traitement médical pendant le séjour ?    oui    non  
 Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée 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 ?

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHMES    OUI  NON     MEDICAMENTEUSES    OUI  NON   
 ALIMENTAIRES    OUI  NON     Autres \_\_\_\_\_

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :  
 LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION,  
 OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

**4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

**5- RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

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

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

N° Tél \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable 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.

Signature : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
 COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

**Aish Lanvaudan  
 1, place de la Mairie – 56240 LANVAUDAN**