MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

N° 10008 01

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ETRE 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.

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____

SEXE : GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : __/__/__

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Précisez s'il s'agit : du DT polio		__/__/__
du DT coq		__/__/__
du Tétracoq		__/__/__
d'une prise polio		__/__/__
Hépatite B RAPPELS		__/__/__

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	AUTRES VACCINS	DATES
1er VACCIN	__/__/__	VACCIN	__/__/__	VACCINS PRATIQUÉS	__/__/__
REVACCINATION	__/__/__	1er RAPPEL	__/__/__		__/__/__

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		__/__/__
		__/__/__

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐
COQUELUCHE	**OTITES**	**ASTHME**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**
NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	__/__/__
	__/__/__
	__/__/__

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? NON ☐ OUI ☐

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON ☐ OUI ☐

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS _____ N° DE TÉL. DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

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.

DATE : _____ Signature :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : **Accueil de loisirs CONDETTE**

Cachet de l'Organisme (siège social)

MAIRIE DE CONDETTE

ARRIVÉE LE __/__/__

DÉPART LE __/__/__

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

01.64.66.30.00