

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, elle permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable du séjour, et le cas échéant, aux services médicaux.

### 1- ENFANT



NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

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

GARCON       FILLE       POIDS : \_\_\_\_\_

### 2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé de l'enfant ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES        | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                           | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                           | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                           | Coqueluche                 |       |
| Ou DT Polio          |     |     |                           | Autres (à préciser)        |       |
| Ou Tétracoq          |     |     |                           |                            |       |
| BCG                  |     |     |                           |                            |       |

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

**ATTENTION** le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

| MALADIE   | OUI | NON | MALADIE                     | OUI | NON |
|-----------|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|
| RUBEOLE   |     |     | COQUELUCHE                  |     |     |
| VARICELLE |     |     | ROUGEOLE                    |     |     |
| OREILLONS |     |     | SCARLATINE                  |     |     |
| OTITE     |     |     | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU |     |     |
| ANGINE    |     |     |                             |     |     |

L'enfant suit-il un traitement médical ?      OUI       NON

Si OUI merci de joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice)

**AUCUN** médicament ne pourra être donné à l'enfant **sans ordonnance**

L'enfant a-t-il des allergies ?      Asthme :      OUI       NON

   Alimentaires :      OUI       NON       \_\_\_\_\_

   Médicamenteuses      OUI       NON       \_\_\_\_\_

   Autres      \_\_\_\_\_

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication merci de le signaler) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REGIME ALIMENTAIRE :**

Pas de régime particulier       Sans porc       Sans viande       Autre : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il un suivi médical et/ou psychologique particulier (en dehors du séjour) ? OUI  NON

Si OUI précisez : \_\_\_\_\_

Problèmes rencontrés dans la vie quotidienne OUI  NON

Si OUI précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il incontinent ? OUI  NON  Précisez :  urinaire       fécale

A quelle fréquence ?  Régulièrement       Occasionnellement       Uniquement la nuit

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?  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 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Les activités contre-indiquées :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... précisez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

ADRESSE \_\_\_\_\_

**COORDONNEES TELEPHONIQUES :** DOMICILE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PORTABLE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ BUREAU \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

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 :

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

Date : \_\_\_\_\_

Signature :