



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.

Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### 1- ENFANT

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Garçon       Fille

### 2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et/ou aux carnets 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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

### 3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?     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 notice**).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME Articulaire aigu		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ALLERGIES** : ASTHME : oui  non       MEDICAMENTEUSES : oui  non   
ALIMENTAIRES : oui  non       AUTRES : \_\_\_\_\_

**Précisez la cause de l'allergie et le comportement à tenir (si automédication, le signaler)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indiquez 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 lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...  
Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui  occasionnellement  non

Si c'est une fille, est-elle réglée ? oui  non

## 5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de tel : portable \_\_\_\_\_ fixe \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_

### Autres N° d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Nom et Tel du médecin traitant (facultatif): \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable de l'enfant, certifie 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 santé de l'enfant. J'autorise également le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      à : \_\_\_\_\_ Signature :