

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**A REMPLIR AVEC SOIN ET A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA FICHE D'INSCRIPTION**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

CENTRE ou SÉJOUR :

DATES :

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 - ANTITÉNIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Précisez s'il s'agit :  du DT polio du DT coq du Trétracoq d'une prise polio  RAPPELS		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS		
DATES	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES	
1 <sup>er</sup> VACCIN .....	VACCIN .....		.....	
REVACCINATION .....	1 <sup>er</sup> 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
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

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

.....  
 .....  
 .....

## IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-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 S.S. : ..... 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 : .....

## OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

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

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

## PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

ARRIVÉE LE .....

DÉPART LE .....