

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON       FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

## 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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

Attention : le vaccin antitétanique 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 la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres (précisez) : .....

ALLERGIES : ASTHME                      oui     non                       MEDICAMENTEUSES oui     non

ALIMENTAIRES                      oui     non                       AUTRES : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquez ci-après 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 lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? Précisez.

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

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

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui  non

**5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (pendant le séjour de l'enfant) : .....

.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone bureau : ..... Téléphone du médecin traitant (facultatif) : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse du centre payeur : .....

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. J'autorise également le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital et à le ramener sur le lieu du séjour, après y avoir reçu les soins.

Date : .....

Signature :

**6 – A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances :

Martine VREL  
Gîte d'enfants du Bois Dame  
La mare sangsue  
27 270 Saint Aubin du Thenney

Téléphone fixe : 02 32 44 61 34  
Téléphone portable : 06 15 26 24 36  
E-mail : [martinevrel@yahoo.fr](mailto:martinevrel@yahoo.fr)

Observations :

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