

Fiche sanitaire de liaison

NOM _____
 Prénom _____
 Date de naissance _____
 Garçon Fille
 Poids Taille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003) relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil collectif de mineurs

VACCINATIONS (joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

(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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				pneumocoque	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

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 DEJA 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 ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
 ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents

PORT DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, COMPORTEMENT DE L'ENFANT ETC... PRECISEZ.

.....

.....

.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ OUI ☐ Occasionnellement ☐ NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ☐ OUI ☐ NON

Consignes particulières

Autorisations

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui 0 non 0
J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui 0 non 0 et activités nautiques : oui 0 non 0
Autorisation de transport en car de location : oui 0 non 0

Autorisation de soins médicaux

A remplir par les parents. En l'absence de ce document votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour.

Je soussigné

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse

Code postal Ville Pays Tél. portable

N° de Sécurité Sociale Tél. domicile Tél. bureau

Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente y compris anesthésie générale et les conséquences pouvant en être liées ainsi que les transfusions sanguines, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur

NOM Prénom

Né(e) le Sexe

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :

NOM Lien de parenté

Adresse Pays Tél. portable

Code postal Ville Tél. domicile Tél. bureau

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à le Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")