



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	NOM : .....
	PRÉNOM : .....
	DATE DE NAISSANCE : .....
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : ANNEE SCOLAIRE 2022 / 2023

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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 ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :**            ASTHME    Oui /\_/\_ Non /\_/\_                      MÉDICAMENTEUSES    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 REGLEE ? Oui /\_/ Non /\_/

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM PRENOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

.....  
.....

TÉL. Mère – PORTABLE : ..... DOMICILE : ..... BUREAU : .....

TÉL. Père – PORTABLE : ..... DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

*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.*

N° de sécurité sociale : .....

Date : Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

**OBSERVATIONS**

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