

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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. Elle vous sera remise à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

## 1°) ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....  
 SEXE :      Fille  Garçon       Date de naissance : .....

## 2°) VACCINATION

(Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies correspondantes du carnet de santé)

### ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHE

| Précisez s'il s'agit : | VACCINS PRATIQUES | DATES |
|------------------------|-------------------|-------|
| Du DT polio            |                   |       |
| Du DT coq              |                   |       |
| Du Tétracoq            |                   |       |
| D'une prise Polio      |                   |       |
| Hépatite B<br>RAPPELS  |                   |       |

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ? .....

.....

|                     | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
| Injections de sérum |        |       |
|                     |        |       |

## 3°) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

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

| RUBEOLE |  |     | VARICELLE |  |     | ANGINE |  |     | RHUMATISME |  |     | SCARLATINE |  |     |
|---------|--|-----|-----------|--|-----|--------|--|-----|------------|--|-----|------------|--|-----|
| OUI     |  | NON | OUI       |  | NON | OUI    |  | NON | OUI        |  | NON | OUI        |  | NON |

  

| COQUELUCHE |  |     | OTITES |  |     | ASTHME |  |     | OREILLONS |  |     |
|------------|--|-----|--------|--|-----|--------|--|-----|-----------|--|-----|
| OUI        |  | NON | OUI    |  | NON | OUI    |  | NON | OUI       |  | NON |

## 4°) INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

|  | DATES |
|--|-------|
|  |       |
|  |       |
|  |       |

5°) RECOMMANDATIONS DES PARENTS : .....

.....

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI  NON

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 ? OUI  NON  OCCASIONNELLEMENT

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

6°) RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : ..... Prénom : .....

ADRESSE : .....

N° de S.S. : ..... domicile : .....

portable : ..... travail : .....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné(e), Mr ou Mme ..... 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

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

|                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| Lieu du séjour : | Cachet de l'organisme (siège social) |
| Arrivée le :     |                                      |
| Départ le :      |                                      |

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

Par le médecin .....  (qui indiquera ses noms, adresse et n° de tél)

Par le responsable du séjour .....  (qui indiquera ses noms et adresse)

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