

# 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 RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

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 : 3 pages (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE – ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUÉS		DATES	
du DT polio				/	/
du DT coq				/	/
du Tétracoq				/	/
d'une prise polio				/	/
Hépatite B	RAPPELS			/	/

  

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
1er VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /
	/ /		/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,  
 POURQUOI ?

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE		DATES	
			/	/
			/	/

### 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, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/	/
	/	/
	/	/

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-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

Coordonnées et numéro de  
téléphone du médecin traitant.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM :

PRÉNOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE TÉL.	DOMICILE	PORTABLE DE : .....	PORTABLE DE : .....	BUREAU
---------------	----------	---------------------	---------------------	--------

N° DE SECURITE SOCIALE

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Assurance / Mutuelle : joindre le numéro ou une photocopie de  
l'attestation d'assurance responsabilité civile qui couvre l'enfant  
et de l'attestation de mutuelle complémentaire des parents.

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 :

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

**LIEU DU SÉJOUR :**

Cf convocation ou programme ci-joint.

Cachet de l'Organisme  
(siège social) :

ARRIVÉE LE :

DÉPART LE :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN

(qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR

(qui indiquera ses nom et adresse)