

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 – Enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Garçon • Fille •

Dates et lieu du séjour :

*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. Les informations qui y sont transcrites sont confidentielles et ne seront portées qu'à la connaissance du directeur du séjour, de l'assistant sanitaire, aux professionnels de santé dont l'intervention serait requise et à toute personne ayant besoin d'informations particulières (en particulier concernant les allergies alimentaires).*

## 2 – Vaccinations

Joindre **impérativement** une copie du carnet de santé avec les vaccinations à jour de l'enfant ou une attestation du médecin certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de 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 délivré sans ordonnance.

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

Rubéole                    oui • non •

Varicelle                    oui • non •

Angine                    oui • non •

Rhumatisme articulaire aigü    oui • non •

Scarlatine                    oui • non •

Coqueluche                    oui • non •

Otite                    oui • non •

Rougeole                    oui • non •

Orillons                    oui • non •

**Allergies :**

Asthme : oui • non •

Médicamenteuses : oui • non •

Alimentaires : oui • non •

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir**

**(si automédication, le signaler) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOM DE L'ENFANT : ..... Prénom de l'enfant : .....

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. ?

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

#### 5 – Responsable de l'enfant

Je soussigné, NOM : ..... Prénom : .....

Adresse (pendant le séjour)

.....

.....

Téléphone fixe (domicile) : .... / .... / .... / .... / .... Téléphone portable : .... / .... / .... / .... / ....

Téléphone fixe (bureau) : .... / .... / .... / .... / ....

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du séjour à prendre toutes mesures urgentes (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ....., le .... / .... / 20.....

Signature :