 MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008\*02

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE SANITAIRE**  **DE LIAISON**  **2023-2024** | 1 – **ENFANT**  NOM:  PRÉNOM:  DATE DE NAISSANCE:  GARÇON **** FILLE **** |

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l’enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2024. Merci de nous indiquer tout changement en cours de 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** |
| Diphtérie |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  | Rubéole Oreillons Rougeole |  |
| Poliomyélite |  | Coqueluche |  |
| Ou DT polio |  | BCG |  |
| Ou Tétracoq |  | Autres (préciser) |  |

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** ? 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 at-il déjà eu les maladies suivantes ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | VARICELLE | ANGINE | OREILLONS | SCARLATINE |
| oui **** non **** | oui **** non **** | oui **** non **** | oui **** non **** | oui **** non **** |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | |
| oui **** non **** | oui **** non **** | oui **** non **** | oui **** non **** | |

**Allergies** : **ASTHME** oui **** non **** **ALIMENTAIRES** oui **** non **** **MEDICAMENTEUSES** 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, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**Recommandations utiles des parents** :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

# **BAIGNADE** : SAIT NAGER □ SE DEBROUILLE □ NE SAIT PAS NAGER □

Observations diverses :

## 4 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM PRÉNOM

ADRESSE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéros de téléphone : |  | |  | |
|  |  | |  | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Mère : domicile : | portable : | travail : | |  | | travail : | |
|  |  | |  | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Père : domicile : | portable : | travail : | |  |  | |
|  |  | |  | |
| Je soussigné(e), responsable de l’enfant, |  | | 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.

Médecin traitant :

Nom: Tél :

N° de sécurité sociale de l’enfant :

Date : Signature :