

## MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FI	CH	1E	SA	N	IT/	1	RE
	D	E	LIA	IS	O	N	

1 - <b>ENFANT</b>			
NOM :			
PRÉNOM :			
	NCE.		
DATE DE NAISSAN			
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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou 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)

emballage d'origine m	a <b>arquées au nom de l'e</b> Aucun médicame	<b>nfant avec la notice)</b> ent ne pourra être pris s	ans ordonnance.	
	L'ENFANT A-T-IL	DEJA EU LES MALADI	es suivantes ?	
RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	
ALLERGIES : ASTHM	_	_	MENTEUSES oui 🗖	non 🛄
ALIMEN	-	_		
PRÉCISEZ LA CAUSE I	DE L'ALLERGIE ET LA C	CONDUITE À TENIR (s	i automédication le sig	naler) 

	S DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,
rééducation)	EN PRÉCISANT LES DATES ET LES <b>précautions à prendre</b> .
•••••	
	ANDATIONS UTILES DES PARENTS
	PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC
5 - <b>RESPONS</b>	ABLE DE L'ENFANT
NOM	PRÉNOM
Adresse (pend	DANT LE SÉJOUR)
	DRTABLE), DOMICILE :
NOM ET TEL. D	U MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)
exacts les rens	seignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, s (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
Date :	Signature :
	A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
	COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
OBSERVATION	NS