

## MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles

N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – <b>ENFANT</b> NOM :				
PRÉNOM :				
DATE DE NAISSANCE :				
GARÇON □ FILL	E 🗆			

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				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** 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 pris sans ordonnance.

	L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?						
RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE			
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non			
COQUELUCHE	ОТІТЕ	ROUGEOLE	OREILLONS				
oui non	oui non	oui non	oui non				
ALLERGIES: ASTHME oui							
PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)							
		SIE ET LA CONDU	ITE A TENIR (si aut	tomédication le			
Signaler)  NDIQUEZ CI-API LES DIFFICULTÉ		ADIE, ACCIDENT, CR	ISES CONVULSIVES	s, HOSPITALISATION,			
Signaler)  NDIQUEZ CI-API LES DIFFICULTÉ	RÈS : S DE SANTÉ (MALA	ADIE, ACCIDENT, CR	ISES CONVULSIVES	s, HOSPITALISATION,			
Signaler)  NDIQUEZ CI-API LES DIFFICULTÉ	RÈS : S DE SANTÉ (MALA	ADIE, ACCIDENT, CR	ISES CONVULSIVES	s, HOSPITALISATION,			

		S PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES
L'ENFANT MOUILLE-T-IL S	SON LIT ?	OCCASIONNELLEMENT OUI
S'IL S'AGIT DUNE FILLE E	ST-ELLE RÉGLÉE ? NON	OUI
5 - <b>RESPONSABLE DE</b>	: L'ENFANT	
NOM	P	PRÉNOM
ADRESSE (PENDANT LE SÉ.	JOUR	
Numéros de téléphone :	portable :	travail :
	portable :	
oro : dorniono :		
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN T	TRAITANT (FACULTATIF)	
toutes mesures (traitement mé	rtés sur cette fiche et autorise le responsa édical, hospitalisation, intervention chirurg	
N° de sécurité sociale :		
_		
Date :	Signature :	
	R LE DIRECTEUR A L'ATTENT 'ORGANISATEUR DU SÉJOUR	TION DES FAMILLES R OU DU CENTRE DE VACANCES
OBSERVATIONS		