



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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.

### DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

#### 1 - ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  GARÇON  FILLE POIDS : .....

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

- Diphtérie Tétanos Polio coqueluche date dernier rappel : ... / ... / .....  
- Hépatite B date dernier rappel : ... / ... / .....  
- Rougeole - Rubéole - Oreillons date dernier rappel : ... / ... / .....  
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (Diphtérie-Tétanos-Polio) joindre un certificat médical de contre-indication

#### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Votre 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*). Pour des raisons de sécurité aucun médicament ne peut être conservé par votre enfant sans l'accord de l'assistant sanitaire du séjour. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- Votre enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes (entourez les maladies concernées) ? **ASTHME, RHINITE ALLERGIQUE, VARICELLE, COQUELUCHE, ROUGEOLE, OREILLONS**

- **ALLERGIES** : MÉDICAMENTEUSES  oui  non ALIMENTAIRES  oui  non. AUTRES.....  
**Précisez la cause de l'Allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)**.....  
.....  
.....

- Votre enfant a-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, fragilité articulaire, rééducation, énurésie, règles douloureuses ...). Si oui, précisez la nature et les **précautions à prendre** : .....  
.....  
.....

- Votre enfant possède-t-il un **PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)**  oui  non. Si oui, merci de nous fournir le PAI délivré par le médecin.

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (Votre enfant porte-t-il des LENTILLES, des LUNETTES, des PROTHÈSES AUDITIVES, des PROTHÈSES DENTAIRES, etc.) précisez.....  
.....  
.....

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE (pendant le séjour si différente de l'adresse habituelle) : .....  
.....  
TÉL. PORTABLE : ..... DOMICILE : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....  
.....

Je soussigné,..... 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..

Date :

Signature :