

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONCUE OUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC DES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

## I. ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

SEXE : GARCON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

## II. VACCINATION *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.)*

### ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE.

<i>Précisez s'il s'agit :</i>		VACCINS PRATIQUES	DATES		
Du DT polio					
Du coq					
Du Trétracoq					
D'une prise polio		RAPPELS			
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS		
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN		VACCIN			
REVACCINATION		1 <sup>er</sup> RAPPEL			

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE,  
POURQUOI ? \_\_\_\_\_

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM		

## III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISMES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITES</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ASTHME</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crise convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)


**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

---

---

---

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI  NON

SI OUI LEQUEL ? \_\_\_\_\_

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIER PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE - T - IL SON LIT ? OUI  OCCASIONNELLEMENT  NON   
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST - ELLE REGLEE ? OUI  NON

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOMS : \_\_\_\_\_

ADRESSE ( pendant la période du séjour ) : \_\_\_\_\_

N° de SS : \_\_\_\_\_ TEL : (domicile) \_\_\_\_\_ (bureau) \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

**PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR**

LIEU DU SEJOUR :

---

---

---

---

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE \_\_\_\_\_

DEPART LE \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR**

PAR LE MEDECIN  ( qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR  (qui indiquera ses nom et adresse)

---

---

---

---

---

---

---